Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 477 Geneesmiddelenbeleid

Nr. 346 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 31 augustus 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 maart 2015 over aanbieding van het rapport met daarin de proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 310).

De vragen en opmerkingen zijn op 3 april 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 28 augustus 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-29477-346
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

I VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggende brief. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen die grotendeels betrekking hebben op het voornoemde rapport.

1. Inleiding/algemeen

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van een toezegging van de Minister, gedaan in het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 6 juni 2013 (Kamerstuk 29 477, nr. 257) en de aangenomen motie-Kuzu (Kamerstuk 29 477, nr. 252). Kan de Minister aangeven of, en hoe, een herberekening van het GVS bijdraagt aan het oplossen van een (beleids)probleem?
In hoeverre past een herberekening van het GVS binnen de lange termijn plannen van de Minister rondom geneesmiddelenbeleid?
Is een herberekening van het GVS mogelijk zonder de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt te verminderen?

De onderzoekers geven aan dat zij aannames uit de motie-Kuzu hebben overgenomen. Kan de Minister ingaan op de overgenomen aannames, en aangeven in hoeverre deze aannames juist zijn en van invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek?

Bij het bekijken van het switchgedrag is niet getoetst op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Kan een inschatting gemaakt worden welke gevolgen een dergelijke toetsing kan hebben voor de uitkomsten van voorliggende berekeningen?

In het onderzoek is geen rekening gehouden met andere prijsregulerende maatregelen en marktdynamiek die in de praktijk veel invloed hebben op de prijsstelling. Kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre de resultaten van het onderzoek zouden veranderen als hier wel rekening mee gehouden zou zijn? In hoeverre kunnen de genoemde besparingen daadwerkelijk gehaald worden, uitgaande van de situatie in de dagelijkse praktijk van preferentiebeleid en het verlopen van octrooien?
Kan de Minister aangeven in hoeverre de uitkomsten van het onderzoek realistisch zijn, gegeven de gebruikte aannames en de beperkte mate waarin de invloed van overige relevante factoren meegenomen zijn?
Wat zijn de lange-termijngevolgen van een herberekening van het GVS voor de kwaliteit van zorg en leven van de patiënt, het switchen van patiënten en het budgettair kader zorg?

3. GVS-clusters en limieten

Is de Minister op de hoogte van de uitspraak van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) waarin wordt afgeraden de ATC-clustering te gebruiken voor vergoedingssystemen? Kan de Minister ingaan op deze uitspraak? Kan zij hierbij specifiek ingaan op de geschiktheid van de ATC-clustering bij vergoedingssystemen?

4. Aanpak (proef)berekeningen

In de simulaties wordt uitgegaan van mogelijkheden rondom switchgedrag en prijsverlagingen.

Kan de Minister ten aanzien van de prijsverlagingen een inschatting maken van de kans dat fabrikanten van geneesmiddelen hun prijs verlagen?

Ten aanzien van het switch-gedrag wordt aangenomen dat voorschriften door artsen worden aangepast naar goedkopere alternatieven, mogelijk omdat cliënten worden geconfronteerd met hogere eigen bijdragen. Hoe groot acht de Minister de kans dat patiënten alleen vanwege financiële gronden wisselen of worden gewisseld van geneesmiddel? Indien deze kans bestaat, hoe kan dit voorkomen worden?

6. Proefberekeningen ceteris paribus

De proefberekeningen tonen aan dat een herberekening van het GVS van grote invloed is op de eigen betalingen van patiënten. Hierover hebben de leden van de VVD-fractie een aantal vragen.
De leden van de VVD-fractie vragen meer informatie over de verdeling van de hogere eigen bijdragen over patiëntengroepen voor alle drie de varianten. In de berekeningen is aangegeven welk aantal patiënten per variant geconfronteerd wordt met veranderende eigen bijdragen. Kan de Minister toelichten over welke groepen patiënten het gaat, als er gekeken wordt naar de stijging van de eigen bijdrage van € 50 – € 100, van € 100 – € 250, van € 250 – € 500 en van minstens € 500 meer? Kan dit per variant en per mutatiecategorie worden aangegeven?

Bij alle varianten wordt een deel van de patiënten geconfronteerd met zeer forse stijgingen van de eigen bijdragen voor medicijnen bij een herberekening van het GVS. Welke stijging van eigen bijdragen is volgens de Minister acceptabel en haalbaar voor patiënten?

De eigen bijdragen zijn scheef verdeeld over de clusters. In bepaalde clusters vindt een zeer sterke stijging plaats van de eigen bijdragen die patiënten moeten betalen. Wat is de mening van de Minister over deze scheve verdeling? Indien zij deze ongewenst vindt, zijn er dan (uitvoerbare) manieren om een dergelijke scheve verdeling te voorkomen bij een herberekening van het GVS?

Wanneer gekeken wordt naar de individuele gevolgen dan blijkt dat bij bepaalde middelen zeer hoge eigen bijdragen gevraagd moeten worden aan individuele patiënten. Hieronder bevinden zich ook patiënten met levensbedreigende ziektes, die geen andere therapeutische mogelijkheden hebben. Wat is de mening van de Minister over deze grote individuele gevolgen voor patiënten die niet voor andere middelen kunnen kiezen vanwege hun aandoening? Vindt zij het acceptabel dat deze groep patiënten geconfronteerd wordt met een (zeer hoge) eigen bijdrage?

Voortbordurend op de individuele gevolgen voor patiënten vragen de leden van de VVD-fractie naar de gevolgen voor patiënten die meerdere middelen gebruiken. Welke effecten verwacht de Minister ten aanzien van deze mogelijke stapeling van eigen bijdragen?

In meer algemene zin kan herberekening van het GVS ertoe leiden dat middelen die volgens de geldende richtlijnen worden voorgeschreven, een (zeer hoge) eigen bijdrage kennen voor patiënten. Is dit volgens de Minister een gewenste ontwikkeling?
Vindt de Minister het een gewenste ontwikkeling als essentiële producten, zoals bijvoorbeeld antibiotica, een eigen bijdrage kennen na herberekening van het GVS?

7. Simulaties

Bij de simulaties rondom het voorschrijfgedrag wordt gekeken naar verschillende percentages: 50%, 80% en 100% van de patiënten wordt geswitcht naar het goedkoopste middel. Zijn dit realistische percentages in dit kader? Zo ja, kunt u dat toelichten? Zo nee, welke percentages zijn wel realistisch, en welke gevolgen voor de uitkomsten van het onderzoek zouden deze realistische percentages hebben?

Bij de simulaties komt een deel van de opbrengst ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Wat is de inschatting van de Minister ten aanzien van de plek in de keten waar deze bedragen neerslaan? Welke gevolgen heeft dit voor de verschillende partijen in de keten, ook op de langere termijn?

8. Conclusie

De varianten verschillen in de gevolgen voor patiënten, de fabrikant het switchen en de betaalde eigen bijdragen. Bij welke variant zijn de gevolgen voor «de patiënt» naar verwachting het kleinst?
In het onderzoek is geen rekening gehouden met uitvoeringskosten. Kan de Minister inschatten welke gevolgen het meenemen van de uitvoeringskosten zou hebben voor de resultaten van dit onderzoek?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA-fractie verzoeken de onderstaande vragen mee te nemen in de reactie van de Minister op de proefberekeningen van het GVS.

Managementsamenvatting

Kan uitgelegd worden waarom in de managementsamenvatting vooral de opbrengsten van de eigen bijdrage genoemd worden, en niet de kostenvermindering door gebruik c.q. switchen naar goedkopere geneesmiddelen, waarbij de kostenvermindering juist niet ten laste van de verzekerde komt? Is de managementsamenvatting daarmee een goede weergave van het rapport?

1. Inleiding/algemeen

Waarom wordt gesteld «De kostenbeheersende functie van het GVS lijkt inmiddels voor een groot deel van de markt ingehaald door het inkoop- en preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de maximumprijzen die zijn vastgelegd in de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp)»? Is de Minister het daarmee eens?
Klopt het dat de kostenbesparende effecten van het GVS zijn verminderd, juist omdat er geen limieten zijn herberekend? Kan uitgelegd worden waarom het preferentiebeleid de werking van het GVS juist kan versterken?

2. De markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen

Als fabrikanten de apotheekinkoopprijzen niet willen verlagen kunnen zij de afgesproken kortingen verhogen of nieuwe kortingen invoeren, waardoor een geneesmiddel preferent kan worden bij een zorgverzekeraar om op die manier de omzet te garanderen. Klopt het dat een aanscherping van de Wgp volgens het Noorse systeem lagere prijzen betekent, maar dan wel transparant? Welk effect zou aanpassing van de Wgp hebben op de hoogte van de bijbetaling?

Klopt het dat de in hoofdstuk 2 genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek krijgt als marge tussen inkoop en declaratie? Klopt het dat de apotheekkortingen in de berekening niet zichtbaar zijn?

3. GVS-clusters en limieten

In de berekening zijn combinatiepreparaten niet meegenomen terwijl juist een aantal combinatiepreparaten uit octrooi gegaan zijn en dus inmiddels een veel lagere prijs hebben. Hoe hoog zijn bijvoorbeeld de kosten van bloeddrukverlagers die gecombineerd worden met andere middelen? Kan aangegeven worden welke preparaten hierbij een rol spelen en welk effect het wel meenemen van combinatiepreparaten zou hebben? Klopt het dat wanneer combinatiepreparaten mee berekend zouden zijn de besparing nog veel hoger zou zijn? Hoe veel hoger?

4. Aanpak (proef)berekeningen

Kan uitgebreid ingegaan worden op het onderscheid tussen de (gedrags)effecten voor switchers en voor nieuwe gebruikers? Kan een inschatting gemaakt worden van de besparing die door beide effecten kan worden bereikt en de gevolgen voor de gebruikers. Klopt het dat voor de nieuwe gebruikers geldt dat er geen eigen bijdrage is én geen negatieve gevolgen van switchen naar een ander middel en dat het uiteindelijke effect van GVS herberekening pas na jaren duidelijk kan worden en naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan in het rapport is beschreven? Klopt het dat, wanneer de limiet van een specialité geneesmiddel wordt verlaagd ten gevolge van herberekening van het GVS en de bijbetaling voor de verzekerde dus groter wordt, dit een prikkel vormt om – waar mogelijk – over te stappen op een generiek geneesmiddel? In hoeverre is dit effect meegenomen in de berekeningen, en in hoeverre vormt dit een extra besparing die nog niet is meegenomen in de berekening?

5. Gegevens en gegevensbewerkingen

Wat betekent het in hoofdstuk 5 genoemde grote verschil tussen theoretisch maximale uitkering en werkelijk uitgekeerde bedragen? Kan dit duiden op onjuiste declaratie, of op onvoldoende controle van de verzekeraar op de betaalde declaratie?

6. Proefberekeningen ceteris paribus

Zou overheveling voor bijvoorbeeld het cluster «overige anti-epileptica» bij gebruik van gabapentine als pijnbestrijding en niet als anti-epilepticum betekenen dat er geen bezwaar is tegen switchen, terwijl dat bij de 5% gebruikers van het middel als anti-epilepticum wel geldt?
Welke clusters zouden eigenlijk tot het ziekenhuisbudget moeten behoren, omdat er sprake is van door medisch specialisten voorgeschreven specialistische middelen? Kan een overzicht gegeven worden van die clusters, waarbij de aangegeven hoge eigen bijdrage vervalt als ze overgeheveld worden naar het ziekenhuisbudget? Zou overheveling naar het ziekenhuisbudget ook een prikkel voor doelmatig voorschrijven door de medisch specialist betekenen?

Het aspect van vermijdbaarheid van eigen bijdragen blijft onderbelicht in de proefberekening, in (bijna) ieder cluster is er immers sprake van een vrijloper. Wat is de opbrengst voor verzekerden als de vrijloper, het middel zonder bijbetaling, buiten het eigen risico wordt gehouden, en er derhalve een prikkel ontstaat om te switchen naar een middel zonder bijbetaling? Welk effect zou dit hebben voor zorgmijders, mensen die geen geneesmiddelen meer ophalen vanwege de eigen bijdrage en het eigen risico?

In hoeveel en in welke clusters is het waarschijnlijk dat er een situatie ontstaat waarin geen vrijloper bestaat, en er geen middel beschikbaar is zonder bijbetaling?
In hoeverre worden op dit moment therapeutische richtlijnen gevolgd?
In hoeverre zijn specifieke cliëntkenmerken bepalend voor de keuze van een geneesmiddel, voor welke clusters geldt dit? Op welke manier zou een hardheidsclausule voor specifieke cliëntkenmerken kunnen worden meegenomen in de vergoeding bij herberekening van het GVS?
In hoeverre wordt er op dit moment doelmatig voorgeschreven door medisch specialisten cq huisartsen? In de hoofdlijnen akkoorden is doelmatig voorschrijven opgenomen, maar hoe wordt vastgesteld in welke mate dit ook werkelijk gebeurt, hoe kan worden bepaald in welke gevallen doelmatiger voorgeschreven kan worden?

Bijlage 3

Kan aangegeven worden wat de (financiële) gevolgen van de herberekening van het GVS zijn voor groothandel en apotheker in plaats van alleen gevolgen voor de hele keten te noemen?
Is het waarschijnlijk dat de besparingen ten gevolge van herberekening van het GVS niet zullen opwegen tegen de uitvoeringskosten?
In hoeverre klopt de veronderstelling van Nefarma dat financiële argumenten zwaarder gaan wegen en herberekening van het GVS tot gezondheidsproblemen en extra kosten gaat leiden? Klopt het dat dit voor de meeste clusters niet geldt vanwege het bestaan van een vrijloper en zeker niet geldt als de door medisch specialisten voorgeschreven geneesmiddelen worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget?
Op welke wijze kan de door verschillende partijen aangekondigde onrust voor patiënten ten gevolge van switchen worden voorkomen c.q. verminderd? Welke rol kunnen overheid, arts en apotheker daar bij spelen?
Waarom was de NPCF niet uitgenodigd voor de discussiebijeenkomst van 29 oktober 2014?

Overig

Hoe verhoudt het ACM-rapport «Farmacie onder de loep», februari 2015, waarin gesteld wordt dat de fabrikanten van merkgeneesmiddelen een belang hebben om doelmatig voorschrijven tegen te gaan, zich tot het volledig vergoeden van alle geneesmiddelen, door de vergoedingslimiet niet via herberekening te verlagen? Zou de prikkel voor de voorschrijvende arts om doelmatig voor te schrijven groter worden en het effect van de industrie verkleind kunnen worden door het GVS te herberekenen?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport met daarin de proefberekeningen van het GVS, en wachten het beleidstandpunt van de Minister met belangstelling af. Zij hebben naar aanleiding van de proefberekeningen alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

Managementsamenvatting

De leden van de SP-fractie constateren dat de managementsamenvatting onvoldoende de uitkomsten weergeeft op de vragen zoals die gesteld zijn door de Kamer. De samenvatting geeft wel de uitkomsten van opbrengsten van de eigen bijdrage weer. De kostenvermindering door het gebruik van of switchen naar goedkopere middelen wordt echter niet of nauwelijks genoemd. Is de Minister het met deze leden eens dat een

belangrijke conclusie van het rapport is dat de kostenvermindering door doelmatiger geneesmiddelengebruik, de opbrengst van de eigen betalingen verre overstijgt? Zo ja, waarom is deze dan niet expliciet genoemd in de managementsamenvatting? Zo nee, waarom deelt de Minister deze mening dan niet?

1. Inleiding

De leden van de SP-fractie zijn het niet eens met het betoog dat het GVS ingehaald is door de Wgp. Juist doordat het preferentiebeleid heeft gezorgd voor aanzienlijk lagere prijzen van merkloze middelen, kan volgens deze leden een herberekening van de GVS-limieten zorgen voor een aanzienlijke kostenbesparing. Is de Minister het met die constatering eens? Is het preferentiebeleid niet juist een versterking van het GVS, in plaats van dat het de plaats ervan inneemt? Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

2. De markt voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen

De leden van de SP-fractie constateren dat de genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek verkrijgt als marge tussen inkoopprijs en declaratiebedrag. Deze apotheek-kortingen zijn in de berekening namelijk niet zichtbaar. Deze leden wijzen de Minister erop dat de apotheekinkoopprijs niet de prijs is waarvoor apothekers middelen bij de groothandel inkopen, maar de declaratieprijs die bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht. De apotheekinkoopprijs daalt in de regel niet als een octrooi verloopt. De prijs van de generieke variant is vaak wel lager. Is nu niet juist het prijsverschil tussen die twee de reden van de daling van de vergoedingslimieten van het GVS, en de daaruit voortkomende kostenbesparing? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording en de visie van de Minister op het genoemde punt.

3. GVS-clusters en limieten

De leden van de SP-fractie merken op dat wordt vermeld dat de combinatiepreparaten niet zijn betrokken in de berekening. Gezien de aanzienlijke kosten die hiermee gemoeid zijn en het feit dat deze middelen grotendeels ook generiek verkrijgbaar zijn, vermoeden deze leden dat door deze middelen wel in de overweging te betrekken de kostenbesparing aanzienlijk hoger zal liggen. Kan de Minister dit bevestigen? Deze leden verwachten ook op dit punt een uitgebreide toelichting.

6. Proefberekeningen ceteris paribus

De leden van de SP-fractie merken op dat bij een aantal clusters, waaronder «overige anti-epileptica», ten onrechte de voordelen van switchen niet meegenomen worden. Het betreffende middel Neurontin wordt veelal gebruikt tegen perifere neuropatische pijn, en slechts in een aantal gevallen als anti-epilepticum. Volgens deze leden is er dus van belemmeringen tegen switchen veelal geen sprake. Deelt de Minister deze zienswijze? Is dit voor meerdere clusters het geval? Wat zou hiervan de invloed zijn op de totale berekening en de conclusies? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording.

7. Simulaties

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat onvoldoende duidelijk gemaakt wordt dat switchen op twee manieren kan gebeuren. Allereerst kan switchen inhouden dat van het merkgeneesmiddel met eigen bijdrage naar een identiek merkloos geneesmiddel zonder eigen bijdrage wordt

overgestapt. Daarnaast kan er binnen het GVS-cluster met gelijkwaardige middelen geswitcht worden van een middel met eigen bijdrage naar de vrijloper in het cluster. Erkent de Minister deze omissie?

8. Conclusie

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat ten onrechte in dit hoofdstuk niet de veel toegepaste prijsverlaging door «clawback» wordt genoemd. Hierbij blijft de lijstprijs hoog (van invloed op prijsberekeningen in andere landen) en wordt de eigen bijdrage betaald door de fabrikant. Met als gevolg dat de patiënt niet wordt «weggejaagd» vanwege bijbetaling. Deze vorm van bijbetaling is veeleer te verwachten dan een prijsverlaging in de lijstprijs volgende de leden. Wat is de visie van de Minister op dit punt?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de Aanbieding van het rapport met daarin de proefberekeningen van het GVS. Zij hebben hier enkele vragen over.
Zij constateren dat in alle drie de proefberekeningen de besparingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) kleiner zijn dan wat de cliënten in totaal meer moeten betalen aan Eigen Bijdragen (ceteris paribus). Deze leden vragen of hieruit geconcludeerd kan worden dat de enige wijze waarop met de alternatieve berekeningswijzen besparingen behaald kunnen worden is, wanneer gebruikers in grote mate worden bewogen naar een goedkoper geneesmiddel over te stappen. Zij vragen een appreciatie van de Minister op dit punt. Is dit een wenselijke beweging? Ziet de Minister nog veel ruimte om gebruikers op een verantwoorde manier naar goedkopere geneesmiddelen over te laten gaan?

De leden van de CDA-fractie vragen of het bij de verschillende scenario's in feite een verschuiving van de lasten richting gebruikers van geneesmiddelen betreft, gezien het feit dat het BKZ daalt, en daarmee ook de premies voor alle verzekerden, en gezien het feit dat de eigen bijdragen van gebruikers in alle gevallen (sterk) stijgen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat dit feitelijk een verslechtering van de solidariteit tussen ziek en gezond betekent.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de aannames ten aanzien van het switchgedrag niet getoetst zijn op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat bij de keus voor een bepaald geneesmiddel de therapeutische haalbaarheid en medische richtlijnen te allen tijde uitgangspunt moeten zijn. Houdt naar de mening van de Minister de zorgplicht van de zorgverzekeraar in dat geneesmiddelen met medische noodzaak te allen tijde vergoed moeten worden zonder eigen bijbetaling? Zo nee, waarom niet?

De leden van de CDA-fractie vragen of het – gezien de recente uitkomsten van het TNS/NIPO onderzoek over de maagzuurremmers – juist niet te verwachten is dat na een GVS- herberekening een grote groep patiënten vanwege financiële gronden hun geneesmiddel niet meer zal gebruiken? Wat zou daarvan de consequentie zijn?

De leden van de CDA-fractie vragen welke van de in het rapport genoemde varianten volgens de Minister de minste negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe realistisch het is om aan te nemen dat 50%, 80% of zelfs 100% van de cliënten naar het goedkoopste geneesmiddel in hetzelfde cluster switcht als de eigen betalingen (fors) omhoog gaan. Is bekend welk percentage cliënten nu al voor duurdere geneesmiddelen binnen een cluster kiezen, ondanks dat dit betekent dat ze een (hogere) eigen bijdrage moeten betalen? Als cliënten nu al eigen bijdragen moeten betalen voor duurdere geneesmiddelen is het toch aan te nemen dat cliënten nu ook al naar goedkopere geneesmiddelen zouden switchen als dit voor de therapeutische e.d. waarde niets uit zou maken? Deelt de Minister de mening dat de aannames uit de motie-Kuzu van percentages cliënten die zouden switchen onrealistisch zijn?

De leden van de CDA-fractie vragen of er een inschatting gegeven kan worden van de uitvoeringskosten (consulten en uitgiftegesprekken) als 50%, 80% of 100% van de cliënten naar een goedkoper geneesmiddel zou overstappen? Op basis van welk percentage switchers is het bedrag van ca. € 100 miljoen gebaseerd waarop in 2010 de zorgverzekeraar is uitgekomen? Wat is de onderbouwing van dit bedrag van ca. € 100 miljoen uitvoeringskosten?

De leden van de CDA-fractie vragen of bekend is voor welk bedrag er in totaal aan kortingen aan zorgverzekeraars gegeven wordt via het zogenoemde couvertbeleid. Deze leden vragen voorts welke gevolgen het voor de berekening voor geneesmiddelenprijzen in referentielanden heeft als deze kortingen (openlijk) aan apothekers gegeven zou worden in plaats van via couvertbeleid. Is bekend welke consequenties dit vervolgens indirect ook weer voor de geneesmiddelenprijzen in Nederland zou hebben, aangezien die landen weer referentieland voor Nederland zijn? Is bekend of in andere landen, en dan specifiek de referentielanden, ook gebruik wordt gemaakt van couvertbeleid?

De leden van de CDA-fractie constateren dat het GVS in 1991 is ingesteld als instrument voor de beheersing van de uitgaven farmaceutische zorg, en dat het GVS in 1999 voor het laatst herijkt is. Deze leden vragen of de Minister redenen ziet om het GVS opnieuw te herijken. Deze leden vragen ook of de Minister in het algemeen kan aangeven wat de meerwaarde van het GVS is naast de WGP (sinds 1996), het preferentiebeleid (sinds 2005) en het individuele preferentiebeleid (sinds 2008).

De leden van de CDA-fractie lezen dat bij een zestal volmachten onrealistische verhoudingen zijn gevonden tussen het theoretisch maximale en het daadwerkelijke uitgekeerde bedrag. Hierbij kan het uitgekeerde bedrag in sommige gevallen 60 tot ruim 90 keer zo groot zijn dan in theorie mogelijk. De leden van de CDA-fractie vragen wat hier de oorzaak van kan zijn. Deze leden vragen of, en zo ja hoe, deze signalen gebruikt worden om onderzoek te doen naar mogelijke fraude.
Hoe groot acht de Minister de kans dat geneesmiddelenfabrikanten overgaan tot prijsverlaging bij eventuele herberekening van de vergoedingslimieten?

In hoeverre verhoudt een eventuele herberekening zich op dit moment tot de lange-termijnvisie over de geneesmiddelenvoorziening die de Minister voor het komend najaar heeft aangekondigd?

Waarom is de NPCF niet uitgenodigd bij de discussiebijeenkomst van stakeholders? Deelt de Minister de mening dat cliënten wel degelijk stakeholder zijn bij discussies over het GVS en de gevolgen voor o.a. eigen betalingen voor geneesmiddelen?

De leden van de CDA-fractie constateren dat de proefberekeningen in het rapport leiden tot besparingen op het BKZ van € 172 miljoen tot € 692 miljoen. In «Zorgkeuzes in kaart» wordt bij beleidsoptie 066 (herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem) een besparing van € 250 miljoen ingeboekt. Kan de Minister aangeven wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de berekening van het CPB en Ape?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister ook de mogelijkheid bekijkt tot selectieve herberekening, daar waar patiënten het minste last van zullen hebben. Zo ja, welke clusters zal het dan betreffen? Is er daarnaast een methode voor het GVS te ontwikkelen zodat er net als bij het preferentiebeleid bij een patiënt met een medische noodzaak geen bijbetaling geldt? Is het GVS zo aan te passen dat ook specifieke cliëntkenmerken, zoals bijvoorbeeld inhalatiekracht bij astma/COPD medicatie, worden meegewogen? Is het GVS zo aan te passen dat ook werkingsduur, toedienfrequentie, interacties, beschikbaarheid van specifieke doseringen en effectiviteit worden meegewogen? De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of inzichtelijk gemaakt kan worden wat de uitvoeringskosten van bovenstaande alternatieven zijn (selectieve herberekening, geen bijbetaling bij medische noodzaak en meewegen van specifieke cliëntkenmerken).

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport met de proefberekeningen van het GVS. Zij staan op het standpunt dat het doel van herberekening is: lagere kosten zonder in te boeten op kwaliteit. Zij hebben daarom nog een aantal vragen over de proefberekeningen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat herberekening van het GVS tot meer bijbetalingen leidt. Zolang bijbetaling vermijdbaar is omdat er geswitcht kan worden naar een alternatief is een herberekening te rechtvaardigen, aldus deze leden. In hoeverre strookt het switchen met de richtlijnen van de beroepsgroep? Kan de Minister dit toelichten?

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel patiënten niet kunnen switchen en bij welke ziektebeelden dit het meest zal voorkomen. Ook moet bij meervoudig gebruik van geneesmiddelen de stapeling aan bijbetalingen meegenomen worden bij patiënten die niet kunnen switchen. Zij zijn van mening dat de huidige proefberekeningen hier te weinig inzicht in geven, en vinden nader onderzoek noodzakelijk. Is de Minister het met deze leden eens en is zij tot nader onderzoek bereid?

De leden van de PVV-fractie willen voorkomen dat bepaalde patiëntengroepen gaan opdraaien voor de verwachte besparing van de herberekening van het GVS. Patiënten voor wie switchen geen optie is zouden voor de bijbetaling moeten worden gecompenseerd. Is de Minister hiertoe bereid? Hoe valt de totale besparing in dat geval uit?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe realistisch de proefberekeningen eigenlijk zijn, aangezien er geen rekening is gehouden met marktdynamiek, introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en ook de uitvoeringskosten niet zijn meegenomen. Kan de Minister op elk van deze aspecten ingaan?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport Proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), waarover zij nog enkele vragen hebben.

De leden van de D66-fractie vragen allereerst of de Minister kan toelichten waarom de huidige vergoedingslimieten nog steeds zijn gebaseerd op de apotheekinkoopprijzen uit 1998. Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag, en waarom is het tussentijds nooit aangepast? Ziet de Minister nu (op basis van het rapport) wel reden om het aan te passen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op basis van welke onderzoeksresultaten?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister toe te lichten in hoeverre patiënten gemakkelijk binnen een cluster van geneesmiddelen kunnen switchen, gezien het feit dat de clusters weliswaar bestaan uit geneesmiddelen die therapeutisch vergelijkbaar zijn, maar de geneesmiddelen in cluster wel verschillende werkzame stoffen (kunnen) hebben. Zo zijn er verschillende berekeningen uitgevoerd, waarbij 100%, 80% of 50% van de voorschriften die nu niet voor het goedkoopste middel in een cluster zijn naar het goedkoopste middel switchen. Welk percentage acht de Minister realistisch?

Deze leden vragen de Minister of bekend is welke kosten er gepaard zouden gaan met de invoering van een systeemwijziging.

Deze leden vragen voorts of de Minister kan toelichten welke van de in het rapport besproken varianten (variant A, B of C) de minst negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

Deze leden vragen hoe groot de Minister de kans acht dat geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen zullen verlagen als gevolg van de aanpassing van het GVS? Welke variant kan dit het beste bevorderen? Ziet de Minister hiertoe ook andere mogelijkheden dan aanpassing van het GVS? Ook willen deze leden weten of ook de mogelijkheid bestaat om alleen de prijs voor selectieve clusters aan te passen, maar niet voor alle clusters. Dit met het oog op het feit dat financiële gevolgen voor patiënten in sommige clusters groter zijn dan voor patiënten in andere clusters en in sommige clusters de medicijnen zeer nauw luisteren (bijvoorbeeld bij epilepsie), waardoor switchen naar een ander (goedkoper) medicijn niet mogelijk is. Welke clusters zouden hier dan volgens de Minister voor in aanmerking komen?

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie of de Minister kan uiteenzetten hoe een mogelijke herberekening van het GVS zich verhoudt tot de tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid (25 maart 2015) aangekondigde lange-termijnvisie?

II REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de fracties van de VVD, PvdA, SP, PVV, CDA en D66 hebben mij op 3 april 2015 vragen en opmerkingen voorgelegd over de proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dit naar aanleiding van mijn brief en het daarbij gevoegde rapport Proefberekeningen Geneesmiddelenvergoedingssysteem van 10 maart 2015 (Kamerstuk 29 477, nr. 310). Ik dank de leden van deze fracties voor hun inbreng en geef hieronder mijn antwoord.

I Inbreng fracties en antwoord van de Minister

Voorafgaand aan de beantwoording van de gestelde vragen, zal ik eerst een algemene inleiding ten aanzien van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) geven met daarbij een overzicht van de uitkomsten van de proefberekeningen GVS.

Uit uw grote hoeveelheid vragen, gedaan in voorliggend Verslag Schriftelijk Overleg (VSO), leid ik af dat de gedane proefberekeningen nog veel vragen oproepen. Het merendeel van de vragen heb ik kunnen beantwoorden.
Door velen van u is gevraagd naar wat een realistische variant van een herberekening is, wat de consequenties zijn van selectief herberekenen en wat realistische switchpercentages zijn. Het door Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv, conform de motie Kuzu, uitgevoerde onderzoek geeft hier geen antwoord op. Ik beschik nu ook niet over de kennis om deze vragen te beantwoorden. Omdat antwoord op deze vragen cruciaal is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS wil ik nader onderzoek laten uitvoeren. Het gaat om een onderzoek naar het nader bepalen van een, door vele van u gevraagde, realistische variant van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten. Dit betekent dat ik zal kijken naar selectieve herberekening, naar realistische switchpercentages en naar de kosten van bloeddrukverlagers in combinatie met andere geneesmiddelen. Dit laatste kan exemplarisch zijn voor de eventuele stapeling van bijbetalingen voor bepaalde patiëntengroepen.
Zodra ik de resultaten van de onderzoeken binnen heb, zal ik mede op basis hiervan een standpunt formuleren. Het aanvullende onderzoek zal ik (mogelijk europees) moeten aanbesteden. Dat kost circa vier maanden. Vervolgens zijn er nog enkele maanden nodig voor het uitvoeren van het daadwerkelijke onderzoek. Ik verwacht u mijn standpunt derhalve naar verwachting pas voor de zomer 2016 te kunnen doen toekomen.

Geneesmiddelenvergoedingssysteem

In 1991 is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) ingevoerd om de uitgaven aan geneesmiddelen terug te dringen.

Het GVS heeft twee doelen die van belang zijn voor de ordening van de extramurale geneesmiddelenvoorziening:

- Het regelt de aanspraak
  Het GVS bepaalt de omvang van de wettelijk verzekerde aanspraak op geneesmiddelen en de wijze waarop die aanspraak is geregeld, namelijk via een zogenaamde positieve lijst. Dat is een lijst van geneesmiddelen die gezamenlijk de omvang van het te verzekeren pakket voor geneesmiddelen bepalen (bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering);
- Het regelt de financiering
  In ieder GVS-cluster, een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, wordt een zogenaamde vergoedingslimiet vastgesteld. Als de prijs van een geneesmiddel hoger is dan zijn vergoedingslimiet, moet de patiënt het verschil bijbetalen.

Het GVS is een bijbetalingsregeling en geen prijsmaatregel. Als een patiënt een receptgeneesmiddel koopt bij een apotheek, dan krijgt hij de prijs van het geneesmiddel vergoed van zijn zorgverzekeraar. Maar als de prijs hoger is dan de maximum-vergoeding voor dat geneesmiddel in het GVS, dan moet de patiënt het verschil zelf bijbetalen in de apotheek. De maximumvergoedingen (de GVS-vergoedingslimieten) gelden voor groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen (bijvoorbeeld alle geneesmiddelen bij te hoge bloeddruk, met verschillende werkzame

stoffen). Of een patiënt moet bijbetalen hangt af van de apotheek-inkoopprijs die de fabrikant van het geneesmiddel vaststelt.
Van de GVS-vergoedingslimieten kan een prijsdrukkend effect uitgaan op de apotheekinkoopprijzen. Hiervan is sprake als een geneesmiddelenfabrikant bijvoorbeeld niet wil dat voor zijn geneesmiddel bijbetaald moet worden en daarom zijn prijs aanpast aan de GVS-vergoedingslimiet. Een fabrikant is niet verplicht om zijn prijs te verlagen tot de GVS-vergoedingslimiet.

Proefberekeningen GVS

Tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelen 6 juni 2013 (Kamerstuk 29 477, nr. 257) heb ik aan de leden van de Tweede Kamer aangegeven, na herhaaldelijk over het herberekenen van de GVS-vergoedingslimieten te hebben gesproken, bereid te zijn om een proefberekening uit te voeren. Naar aanleiding van mijn toezegging heeft de heer Kuzu een motie ingediend (Kamerstuk 29 477, nr. 252).

De aanvaarde motie van de heer Kuzu verzoekt de Regering het volgende ten aanzien van de proefberekening:
– een berekening te maken op grond van de reeds bij de Raad van State ingediende Variant 99;
– in de berekening de reeds naar het ziekenhuisbudget overgehevelde en in 2014 en later over te hevelen geneesmiddelen niet mee te nemen;

In de berekening ook mee te nemen:
– de minderkosten ten gevolge van switchen, als 100% respectievelijk 80% en 50% van de verzekerden die nu niet het goedkoopste middel gebruiken, dat wel zouden doen;
– de minderkosten na twee jaar als 80% van de nieuwe gebruikers meteen ingesteld zou worden op het goedkoopste middel;
– het goedkoopste middel te berekenen op het geneesmiddel en de variant met de laagste actuele taxeprijs in een GVS-cluster;

In het door APE uitgevoerde onderzoek zijn proefberekeningen gemaakt met een drietal alternatieve vergoedingslimieten: proefberekening A met «geijkte limieten» volgens de huidige berekeningswijze gebaseerd op recente apotheekinkoopprijzen, proefberekening B met limieten conform «Variant 99» gebaseerd op recente apotheekinkoopprijzen en proefberekeningen C met limieten die gelijk zijn gesteld aan de laagste recente apotheekinkoopprijs per cluster («lage limieten»).

Daarnaast is per variant bekeken wat de besparingen zijn als gevolg van switchen en prijsverlagingen door fabrikanten.

De proefberekeningen zijn conform de verzoeken in de motie van de heer Kuzu uitgevoerd. Daarbij is geen rekening gehouden met marktdynamiek, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en er zijn geen uitvoeringskosten verrekend.

Uitkomsten proefberekeningen GVS

Het resultaat van de proefberekeningen is weergegeven in het rapport van Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (Kamerstuk 29 477, nr. 310). U vindt hieronder een overzicht van besparingen en effecten voor patiënten ten aanzien van bijbetalingen.

			Besparing op BKZ zonder correctie (x € 1 mln)	Aantal patiënten waarbij de EB toeneemt (x 1.000)
Proefberekening ceteris paribus	Variant	A, Geijkte limieten	172	6.216
alleen herberekenen, geen gedragseffect	Variant	B, Lage limieten	692	10.115
	Variant	C, Variant 99	211	6.087
Proefberekening/ variant A	Switchgedrag	100%	695	0
Geijkte limieten		80%	590	1.243
		50%	433	3.108
	Prijsverlaging	100%	172	0
	Fabrikant verlaagt de AIP naar limiet	80%	172	1.243
		50%	172	3.108
	Nieuwe gebruikers	80%	253	
	Switch 50% en prijsverlaging 50%	50%	433	1.554
Proefberekening/ variant B	Switchgedrag	100%	692	0
Lage limieten		80%	692	2.023
		50%	692	5.058
	Prijsverlaging	100%	692	0
	Fabrikant verlaagt de AIP naar limiet	80%	692	2.023
		50%	692	5.058
	Nieuwe gebruikers	80%	692	
	Switch 50% en prijsverlaging 50%	50%	692	2.529
Proefberekening/ variant C	Switchgedrag	100%	695	0
Variant 99		80%	598	1.217
		50%	453	3.044
	Prijsverlaging	100%	211	0
	Fabrikant verlaagt de AIP naar limiet	80%	211	1.217
		50%	211	3.044
	Nieuwe gebruikers	80%	289	
	Switch 50% en prijsverlaging 50%	50%	453	1.522

EB: Eigen bijbetaling
BKZ: Budgettair Kader Zorg

Gevolgen herberekenen GVS-vergoedingslimieten

De gevolgen van het uitvoeren van de gedane proefberekeningen, conform de motie van de heer Kuzu, zijn niet exact weer te geven, omdat gedragseffecten van patiënten, fabrikanten, artsen en apothekers lastig te voorspellen zijn. Of een nieuwe herberekening van GVS-vergoedingslimieten hetzelfde effect zal hebben als in 1991 en 1999 is moeilijk in te schatten. Dit komt door de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw) en als gevolg daarvan het gevoerde beleid van zorgverzekeraars met forse dalingen van de geneesmiddelenprijzen als gevolg. Het is in ieder geval aannemelijk dat een verlaging van de GVS-vergoedingslimieten ervoor zal zorgen dat bepaalde geneesmiddelen niet langer volledig vergoed worden. Patiënten die nu gebruik maken van deze middelen kunnen bijbetaling voorkomen door voor een ander geneesmiddel te kiezen. Dit zal echter niet in alle gevallen mogelijk zijn. Er is sprake van generieke substitutie wanneer een merkgeneesmiddel dient te worden vervangen door een merkloos geneesmiddel dat hetzelfde werkzame bestanddeel bevat. Wanneer een dergelijk alternatief niet voorhanden is, resteert alleen de mogelijkheid van therapeutische substitutie. In dat geval wordt een geneesmiddel vervangen door een middel dat weliswaar deel uitmaakt van hetzelfde GVS-cluster, maar een ander werkzaam bestanddeel bevat. Therapeutische substitutie kan invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling en kan leiden tot het optreden van (andere) bijwerkingen.
Bij een herberekening van GVS-vergoedingslimieten bestaat het risico dat grote groepen patiënten moeten gaan switchen van medicatie om een «bijbetalingsvrij» geneesmiddel te gaan gebruiken. Daarnaast kan het zijn dat een grote groep patiënten niet uitkomt met een «bijbetalingsvrij» geneesmiddel, waardoor zij een bijbetaling krijgen. Deze bijbetaling kan variëren van enkele tientjes tot enkele honderden euro's of zelfs duizenden euro's per jaar.

Fabrikanten kunnen de prijzen van geneesmiddelen verlagen tot aan de nieuwe GVS-vergoedingslimieten waarmee bijbetalingen voor patiënten voorkomen kunnen worden. Prijsverlagingen in Nederland kunnen omzetverlies in andere landen opleveren omdat de Nederlandse prijzen voor die geneesmiddelen in buitenlandse referentieprijssystemen zijn opgenomen. Het is lastig te voorspellen of farmaceutische bedrijven hun Nederlandse vestigingen toestemming geven voor verdere prijsconcessies tot aan het niveau van de nieuwe GVS-vergoedingslimieten.

Inbreng VVD-fractie

1. Inleiding/algemeen

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van een toezegging van de Minister, gedaan in het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 6 juni 2013 (29 477, nr. 257) en de aangenomen motie-Kuzu (29 477, nr. 252). Kan de Minister aangeven of, en hoe, een herberekening van het GVS bijdraagt aan het oplossen van een (beleids)probleem?

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een maatregel van vóór het huidige zorgstelsel. In 1991 is het GVS ingevoerd om de uitgaven aan geneesmiddelen terug te dringen. Daarnaast heeft het GVS als doel de plaats van een geneesmiddel in de behandeling te bepalen ten opzichte van andere geneesmiddelen. Inmiddels speelt het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, wat betreft een groot gedeelte van de markt, een belangrijkere rol in de kostenbeheersing dan het GVS,. Dit heb ik ook aangegeven tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelen van 6 juni 2013. In dat Algemeen Overleg heb ik tevens aangegeven bereid te zijn een proefberekening met betrekking tot het GVS te maken. Het nu voorliggende rapport proefberekening GVS is het resultaat van de uitgevoerde motie Kuzu. Het rapport van APE laat weliswaar grote besparingen zien als gevolg van herberekenen van GVS-vergoedingslimieten, maar leidt in alle varianten tot bijbetalingen voor grote groepen patiënten. Herberekenen van GVS-vergoedingslimieten kan zo bijdragen aan het beheersen van geneesmiddelenuitgaven, maar creëert voor patiënten nieuwe problemen door bijbetalingen, tenzij fabrikanten de prijzen van geneesmiddelen verlagen naar de nieuwe GVS-vergoedingslimieten. Ik heb u tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelen van 25 maart jongstleden aangegeven in een nieuwe lange termijnvisie geneesmiddelen in te gaan op de uitdagingen van de toekomst, zoals bijvoorbeeld het betaalbaar maken en houden van dure geneesmiddelen.

In hoeverre past een herberekening van het GVS binnen de lange termijn plannen van de Minister rondom geneesmiddelenbeleid?

Ik werk nog aan de visie die ik u voor het najaar heb toegezegd. In de lange termijnvisie geneesmiddelen van 15 januari 2008 (Kamerstuk 29 477, nr. 39) heeft mijn ambtsvoorganger reeds aangegeven dat het denkbaar is om het GVS zelfs langzaam af te bouwen. De functie van het GVS is grotendeels overgenomen door zorgverzekeraars met hun inkoopbeleid en preferentiebeleid. Een mogelijkheid om het GVS af te bouwen, kan zijn om vergoedingslimieten voor bepaalde clusters langzaam los te laten en uitsluitend nog te hanteren voor groepen van geneesmiddelen waarvan niet verwacht kan worden dat bij loslaten van de limieten meer prijsconcurrentie ontstaat. Een voorwaarde voor het verantwoord afbouwen van het GVS zou moeten zijn dat richtlijnen breeduit beschikbaar komen waarin de kwaliteit en doelmatigheid van de geneesmiddelenzorg gewaarborgd is. Tot die tijd zal een positieve vergoedingslijst bepalend moeten blijven voor de aanspraak. Bovendien kan dan nog gebruik gemaakt worden van de kracht van het GVS als clusterinstrument. Een voorwaarde voor eventuele aanpassing is budgettaire neutraliteit. In mijn visie kom ik hier nader op terug.

Is een herberekening van het GVS mogelijk zonder de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt te verminderen?

Door het GVS te herbereken kan er een verschuiving van lasten plaats vinden naar de patiënt. Dit betekent dat de patiënt te maken kan krijgen met bijbetalingen voor het geneesmiddel waarop ze ingesteld staan.

Patiënten zullen, waar het kan, willen switchen naar een ander geneesmiddel om bijbetalingen te voorkomen. Het switchen naar een ander geneesmiddel kan eventueel als gevolg hebben dat mensen vermindering van kwaliteit van zorg ervaren; het zoeken naar het juiste medicijn en de juiste dosering, het anders reageren op nieuwe medicijnen of het juiste medicijn alleen met (hoge) bijbetaling kunnen krijgen, kan als gevolg hebben dat mensen vermindering van kwaliteit van zorg ervaren, maar dat hoeft niet bij iedereen het geval te zijn. Of de kwaliteit van leven vermindert door een herberekening van GVS-vergoedingslimieten is niet te zeggen. Onderzoek naar kwaliteit van leven is lastig, omdat veel factoren meespelen. Door de vele factoren zal het ook moeilijk zijn om een verandering in kwaliteit van leven specifiek toe te schrijven aan het herberekenen van GVS-vergoedingslimieten. Bovendien is de verandering in kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven niet meegenomen in het onderzoek, omdat dit niet werd gevraagd in de motie van de heer Kuzu.

De onderzoekers geven aan dat zij aannames uit de motie-Kuzu hebben overgenomen. Kan de Minister ingaan op de overgenomen aannames, en aangeven in hoeverre deze aannames juist zijn en van invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek?

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de motie Kuzu. In het onderzoek is gewerkt met de aannames zoals die gegeven zijn in de motie Kuzu, of deze aannames realistisch zijn was niet de vraag. Omdat hier door meerdere partijen naar gevraagd wordt en omdat antwoord op deze vraag cruciaal is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS, zal ik laten onderzoeken of de gebruikte aannames realistisch zijn. Als die uitkomsten bekend zijn is het pas mogelijk om te zeggen of de uitkomsten van het onderzoek realistisch zijn.

Bij het bekijken van het switchgedrag is niet getoetst op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Kan een inschatting gemaakt worden welke gevolgen een dergelijke toetsing kan hebben voor de uitkomsten van voorliggende berekeningen?

De gesimuleerde switchpercentages zijn, zoals aangegeven, toegepast zoals in de motie beschreven. Of deze switchpercentages realistisch en therapeutisch haalbaar zijn en hoe ze zich verhouden met de medische richtlijnen is niet onderzocht. Omdat antwoord op deze vraag cruciaal is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS zal ik onderzoek uitzetten wat realistische switchpercentages zijn en deze aspecten hierin meenemen. Als de uitkomsten van het onderzoek bekend zijn, is het pas mogelijk om aan te geven welke gevolgen dat zou kunnen hebben voor de uitkomsten van het onderzoek.
Of switchen mogelijk is hangt ook af van de geneesmiddelen waar naar overgestapt moet worden. Overstappen kan effect hebben op de effectiviteit van de behandeling en kan gepaard gaan met andere bijwerkingen en interacties van de medicijnen. Dit kan weerstand oproepen bij artsen en patiënten, vooral wanneer het gaat om middelen die chronisch gebruikt worden en waarop men goed is ingesteld. Binnen het GVS is het belangrijk om onderscheid te maken tussen clusters waarbinnen generieke substitutie mogelijk is, of waarbinnen sprake is van therapeutische substitutie. Binnen generieke clusters mogen zorgverzekeraars nu al een preferentiebeleid voeren. In de afgelopen jaren zijn er dan ook forse besparingen in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) op het geneesmiddelenbudget opgetreden als gevolg van het handelen van zorgverzekeraars en mijn geneesmiddelenbeleid. Voor therapeutische substitutie ligt dat anders, hierbij zal geswitcht moeten worden naar een middel met een andere werkzame stof. Therapeutische substitutie is lastiger. Dit kan leiden tot een verminderde effectiviteit van de behan-

deling, vermindering van therapietrouw en gepaard gaan met andere bijwerkingen en interacties.

In het onderzoek is geen rekening gehouden met andere prijsregulerende maatregelen en marktdynamiek die in de praktijk veel invloed hebben op de prijsstelling. Kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre de resultaten van het onderzoek zouden veranderen als hier wel rekening mee gehouden zou zijn?
In hoeverre kunnen de genoemde besparingen daadwerkelijk gehaald worden, uitgaande van de situatie in de dagelijkse praktijk van preferentie-beleid en het verlopen van octrooien?

De proefberekeningen van APE gaan uit van theoretische, uitgekeerde bedragen. Het is daarom lastig om een inschatting van de resultaten te geven waarbij rekening is gehouden met andere maatregelen en het couvertbeleid van zorgverzekeraars. Er wordt in het onderzoek ook geen rekening gehouden met marktdynamiek, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en er zijn geen uitvoerings-kosten verrekend. Aangezien het hier om verschillende mechanismen gaat die allemaal op elkaar ingrijpen is het bijna onmogelijk om uitspraken te doen over de effecten van deze mechanismen, zonder dit grondig te onderzoeken.

Kan de Minister aangeven in hoeverre de uitkomsten van het onderzoek realistisch zijn, gegeven de gebruikte aannames en de beperkte mate waarin de invloed van overige relevante factoren meegenomen zijn?

Of de uitkomsten realistisch zijn, hangt er mede vanaf of de gebruikte aannames realistisch zijn. Omdat hier door meerdere partijen naar gevraagd wordt en omdat antwoord op deze vraag van belang is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS zal ik dit laten onderzoeken. Als de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn is het pas mogelijk om te zeggen of de uitkomsten van het onderzoek realistisch zijn.

Wat zijn de lange-termijngevolgen van een herberekening van het GVS voor de kwaliteit van zorg en leven van de patiënt, het switchen van patiënten en het budgettair kader zorg?

Lange termijn effecten op de kwaliteit van zorg en leven zijn niet bekend en moeilijk in te schatten. Voor het BKZ valt op basis van de uitkomsten van de proefberekeningen een besparing te verwachten, waarvan de precieze omvang afhankelijk is van de gekozen uitgangspunten. Of de uitkomsten realistisch zijn hangt er mede vanaf of de gebruikte aannames realistisch zijn. Omdat hier door meerdere leden van de Tweede Kamer naar gevraagd wordt, zal ik dit laten onderzoeken.

2. GVS-clusters en limieten

Is de Minister op de hoogte van de uitspraak van de WHO (Wereldgezond-heidsorganisatie) waarin wordt afgeraden de ATC-clustering te gebruiken voor vergoedingssystemen? Kan de Minister ingaan op deze uitspraak? Kan zij hierbij specifiek ingaan op de geschiktheid van de ATC-clustering bij vergoedingssystemen?

In Nederland worden geneesmiddelen niet geclusterd op basis van ATC codering. Wel wordt indirect gebruik gemaakt van de ATC-code en de dagdosering die de WHO vaststelt. Het ATC-systeem is voor het GVS echter te gedetailleerd om één op één over te nemen. Ik sluit mij dan ook aan bij de uitspraak van de WHO dat ATC-clustering niet één op één geschikt is om een vergoedingssysteem op te baseren.

3. Aanpak (proef)berekeningen

In de simulaties wordt uitgegaan van mogelijkheden rondom switch-gedrag en prijsverlagingen. Kan de Minister ten aanzien van de prijsverlagingen een inschatting maken van de kans dat fabrikanten van geneesmiddelen hun prijs verlagen?

Gedragseffecten van fabrikanten zijn niet precies te voorspellen. Fabrikanten kunnen, om marktaandeel te behouden, de prijs verlagen naar de nieuwe vergoedingslimiet, waarmee bijbetalingen voor patiënten voorkomen worden. Prijsverlagingen door fabrikanten in Nederland kunnen tot omzetverlies in andere landen leiden, omdat de Nederlandse prijzen voor die geneesmiddelen in buitenlandse referentieprijssystemen zijn opgenomen. Indien fabrikanten prijzen niet verlagen is de kans aanwezig dat patiënten of gaan switchen van geneesmiddel of moeten bijbetalen. Fabrikanten zouden de GVS-bijbetalingen kunnen compenseren via terugbetalingsregelingen. In hoeverre fabrikanten hiertoe geneigd zijn is niet bekend. Terugbetalingsregelingen zullen voor rekening komen van de fabrikant.

Ten aanzien van het switch-gedrag wordt aangenomen dat voorschriften door artsen worden aangepast naar goedkopere alternatieven, mogelijk omdat cliënten worden geconfronteerd met hogere eigen bijdragen. Hoe groot acht de Minister de kans dat patiënten alleen vanwege financiële gronden wisselen of worden gewisseld van geneesmiddel? Indien deze kans bestaat, hoe kan dit voorkomen worden?

Een wijziging in GVS-vergoedingslimieten zou kunnen leiden tot een bijbetaling van die middelen, waar die er nu niet zijn. Om bijbetaling te voorkomen zouden patiënten eventueel overgezet kunnen worden op het bijbetalingsvrije middel uit hetzelfde cluster. De verwachting is dat bij (oudere) patiënten, die chronisch ziek zijn en goed staan ingesteld op hun geneesmiddel(en) dit tot weerstand kan leiden. Overstappen op een ander geneesmiddel kan leiden tot het minder effectief zijn van de behandeling, vermindering van therapietrouw en gepaard gaan met andere bijwerkingen en interacties, ook al gaat het om de overstap naar een therapeutisch gelijkwaardig alternatief. Dit komt omdat de gelijkwaardigheid van middelen in het GVS wordt beoordeeld op populatieniveau, terwijl kleine verschillen voor individuele patiënten wel een rol kunnen spelen. Bij een generieke substitutie, overstap naar ander product maar met dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte, zal dit in vele gevallen niet leiden tot problemen, indien wordt gehandeld conform de KNMP handleiding geneesmiddelsubstitutie. Iets anders ligt dit bij therapeutische substitutie, waarbij het middel vervangen wordt door een middel met een andere werkzame stof maar wel uit dezelfde cluster van onderling vervangbare middelen. Naast de zorginhoudelijke gevolgen voor patiënten van een eventuele herberekening zijn er ook financiële gevolgen voor patiënten. Als gevolg van een herberekening zullen patiënten worden geconfronteerd met (hogere) bijbetalingen, tenzij fabrikanten hun prijzen van geneesmiddelen verlagen. Er zullen altijd patiënten zijn, die niet kunnen switchen naar een alternatief geneesmiddel, vanwege medische noodzaak. In 2010 is in de discussie omtrent het GVS met u gesproken over een maximeringsregeling. Die zou er voor moeten zorgen dat bijbetalingen voor patiënten niet te hoog zouden oplopen. Onderzoek heeft toen uitgewezen dat aan zo'n maatregel forse uitvoeringskosten verbonden zijn waardoor de mogelijke besparing van een herberekening verminderd wordt.

4. Proefberekeningen ceteris paribus

De leden van de VVD-fractie vragen meer informatie over de verdeling van de hogere eigen bijdragen over patiëntengroepen voor alle drie de varianten. In de berekeningen is aangegeven welk aantal patiënten per variant geconfronteerd wordt met veranderende eigen bijdragen. Kan de Minister toelichten over welke groepen patiënten het gaat, als er gekeken wordt naar de stijging van de eigen bijdrage van € 50 – € 100, van € 100 – € 250, van € 250 – € 500 en van minstens € 500 meer? Kan dit per variant en per mutatiecategorie worden aangegeven?

De door u gevraagde gegevens heb ik tot mijn beschikking, maar zijn door APE niet gepubliceerd in het rapport. De gedetailleerde en complexe tabel, waarin deze gegevens staan, vermeldt van circa 470 clusters de daarbij behorende hoogte van de bijbetaling. Deze tabel maakt weliswaar geen onderscheid naar mutatiecategorie, maar geeft wel inzicht bij welke type geneesmiddelen extra bijdragen betaald dienen te worden en hoeveel patiënten daarmee te maken krijgen. Deze tabel met data, voeg ik als bijlage toe[1].

De mogelijke verhoging van de eigen bijdrage is scheef verdeeld over de clusters. In proefberekening A wordt een kwart van de eigen bijdragen toegewezen aan drie clusters. In tabel 7 van het rapport (pagina 42) is af te lezen voor welke clusters de grootste absolute verandering in eigen bijdragen zijn berekend. Bij de cholesterolverlagers (2,8 mln gebruikers) en de anti-epileptica (175.000 gebruikers) stijgt de eigen bijdrage van € 0 naar respectievelijk € 29 mln en € 15 mln. In het cluster «overige middelen bij anemie (parenteraal)» (27.000 gebruikers) neemt de eigen bijdrage met € 9 mln toe. De eigen bijdragen kunnen voor patiënten in deze clusters oplopen van € 10,– tot € 330,– per jaar. Alle hierboven genoemde berekeningen gaan uit van een situatie dat fabrikanten geen prijsaanpassingen doorvoeren.

Bij alle varianten wordt een deel van de patiënten geconfronteerd met zeer forse stijgingen van de eigen bijdragen voor medicijnen bij een herberekening van het GVS. Welke stijging van eigen bijdragen is volgens de Minister acceptabel en haalbaar voor patiënten?

Dit is lastig aan te geven. De mate waarin een stijging in eigen bijdrage acceptabel is, verschilt per individu en de financiële draagkracht van een individu.

De eigen bijdragen zijn scheef verdeeld over de clusters. In bepaalde clusters vindt een zeer sterke stijging plaats van de eigen bijdragen die patiënten moeten betalen. Wat is de mening van de Minister over deze scheve verdeling? Indien zij deze ongewenst vindt, zijn er dan (uitvoerbare) manieren om een dergelijke scheve verdeling te voorkomen bij een herberekening van het GVS?

Een mogelijkheid zou kunnen zijn om een selectieve herberekening toe te passen. Hierbij zullen slechts voor enkele clusters de limieten worden herberekend. Een belangrijke reden om de vergoedingslimieten op selectieve wijze te herberekenen zou zijn het voorkomen van het ontstaan van grote bijbetalingen die onwenselijk zijn. De vraag is of dat wel (juridisch) haalbaar is. Hierbij past namelijk de kanttekening dat een bijbetaling in beginsel afhankelijk is van het prijsgedrag van een fabrikant. Selectieve herberekening garandeert niet dat er geen bijbetalingen ontstaan. Ter voorkoming van strategisch prijsgedrag (met juist prijsver-

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

hogingen) zou geen maximering van bijbetalingen moeten worden gehanteerd. In de discussie in september 2010 met uw Kamer over (selectieve) herberekening van het GVS, bleek dat een meerderheid van uw Kamer vindt dat er wel een maximum aan bijbetalingen moet worden gesteld. Anders zouden vooral chronisch zieke patiënten de dupe worden van een herberekening van het GVS. Omdat selectieve herberekening niet garandeert dat er geen bijbetalingen ontstaan, en ook hier een stapeling van bijbetalingen bij chronische zieken niet uitgesloten is, zou dus in het geval van selectieve herberekening een maximering van bijbetalingen moeten worden overwogen. Het gevolg hiervan is, dat de mogelijke opbrengsten sterk terug lopen. In de brief van mijn ambtsvoorganger van 6 september 2010 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 164) is dat effect uitgebreid toegelicht.

Ik zal laten onderzoeken welke clusters in aanmerking zouden kunnen komen voor selectieve herberekening en wat de gevolgen daarvan zijn. Een kanttekening hierbij is wel dat selectief herberekenen vraagt om een scherpe afbakening over wat er wel en niet herberekend moet worden, die ook juridisch stand houdt.

Wanneer gekeken wordt naar de individuele gevolgen dan blijkt dat bij bepaalde middelen zeer hoge eigen bijdragen gevraagd moeten worden aan individuele patiënten. Hieronder bevinden zich ook patiënten met levensbedreigende ziektes, die geen andere therapeutische mogelijkheden hebben. Wat is de mening van de Minister over deze grote individuele gevolgen voor patiënten die niet voor andere middelen kunnen kiezen vanwege hun aandoening? Vindt zij het acceptabel dat deze groep patiënten geconfronteerd wordt met een (zeer hoge) eigen bijdrage?

Ik vind het niet acceptabel dat door de herberekening van de GVS-limieten bepaalde groepen patiënten die zijn aangewezen op geneesmiddelen, waarvoor geen substitutie mogelijk is, geconfronteerd zouden worden met hoge eigen bijbetalingen.

Voortbordurend op de individuele gevolgen voor patiënten vragen de leden van de VVD-fractie naar de gevolgen voor patiënten die meerdere middelen gebruiken. Welke effecten verwacht de Minister ten aanzien van deze mogelijke stapeling van eigen bijdragen?

Deze maatregel zal vooral gevolgen hebben voor chronisch zieken en ouderen die veel medicijnen gebruiken. Wat de grootte van het effect is, is op basis van het huidige rapport niet te zeggen.

In meer algemene zin kan herberekening van het GVS ertoe leiden dat middelen die volgens de geldende richtlijnen worden voorgeschreven, een (zeer hoge) eigen bijdrage kennen voor patiënten. Is dit volgens de Minister een gewenste ontwikkeling?
Vindt de Minister het een gewenste ontwikkeling als essentiële producten, zoals bijvoorbeeld antibiotica, een eigen bijdrage kennen na herberekening van het GVS?

Naar mijn mening is het geen gewenste ontwikkeling als essentiële producten, of producten die worden voorgeschreven volgens richtlijnen plotseling een forse eigen bijdrage krijgen.

5. Simulaties

Bij de simulaties rondom het voorschrijfgedrag wordt gekeken naar verschillende percentages: 50%, 80% en 100% van de patiënten wordt geswitcht naar het goedkoopste middel. Zijn dit realistische percentages

in dit kader? Zo ja, kunt u dat toelichten? Zo nee, welke percentages zijn wel realistisch, en welke gevolgen voor de uitkomsten van het onderzoek zouden deze realistische percentages hebben?

De gesimuleerde switchpercentages zijn toegepast zoals de motie vroeg. Of deze aannames realistisch zijn is niet te zeggen. Om te bepalen wat realistische en/of therapeutisch haalbare switchpercentages zijn is nader onderzoek nodig. Omdat antwoord op deze vraag cruciaal is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS, zal ik een onderzoek hiernaar uitzetten. Als die uitkomsten bekend zijn is het pas mogelijk om te zeggen welke gevolgen dat zou kunnen hebben voor de uitkomsten van het onderzoek van APE.

Bij de simulaties komt een deel van de opbrengst ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Wat is de inschatting van de Minister ten aanzien van de plek in de keten waar deze bedragen neerslaan? Welke gevolgen heeft dit voor de verschillende partijen in de keten, ook op de langere termijn?

Een specifieke toedeling van (financiële) gevolgen is niet realiseerbaar. De hele keten fabrikant – apotheekhoudende staat in verbinding met elkaar en beïnvloedt elkaars gedrag. Gedragsveranderingen laten zich lastig voorspellen, het is dan ook niet te voorspellen welke gevolgen de herberekening voor de individuele partijen in de keten hebben.

6. Conclusie

De varianten verschillen in de gevolgen voor patiënten, de fabrikant het switchen en de betaalde eigen bijdragen. Bij welke variant zijn de gevolgen voor «de patiënt» naar verwachting het kleinst?

Het aantal patiënten dat hinder kan ondervinden van deze herberekening is het kleinst bij variant A, alhoewel zelfs die variant mogelijk gevolgen kan hebben voor minstens 6 miljoen gebruikers van medicijnen. Als gevolg van een herberekening van GVS-vergoedingslimieten kunnen patiënten worden geconfronteerd met (hogere) bijbetalingen. Er zullen patiënten zijn, die niet kunnen switchen naar een alternatief geneesmiddel, vanwege medische noodzaak. De hoogte van de bijbetaling kan voor deze patiënten, indien de fabrikanten de prijzen niet verlagen of op een andere wijze compenseren, oplopen.

In het onderzoek is geen rekening gehouden met uitvoeringskosten. Kan de Minister inschatten welke gevolgen het meenemen van de uitvoeringskosten zou hebben voor de resultaten van dit onderzoek?

Bij uitvoeringskosten moet gedacht worden aan kosten van extra consulten van huisartsen en medisch specialisten, voor patiënten die overgezet moeten worden naar geneesmiddelen binnen een cluster waarvoor therapeutische substitutie geldt. Bovendien zijn er extra kosten voor apotheekhoudenden omdat aan patiënten uitgelegd moet worden waarom er een bijbetaling op hun geneesmiddel is gekomen, of voorgelicht moeten worden over het nieuwe geneesmiddel wat ze zullen gaan gebruiken.
In het eerste jaar na de herberekening van GVS-vergoedingslimieten kan verwacht worden dat er uitvoeringskosten zijn.
Patiënten zullen, indien zij wensen te switchen om een bijbetaling te voorkomen, eerst naar de huisarts op consult of naar de medisch specialist moeten gaan. De desbetreffende (huis)arts kan zo een goedkoper alternatief voorschrijven. De kosten van een standaard consult

bij de huisarts zijn € 9,04[2]. Vervolgens dient de patiënt het desbetreffende geneesmiddel bij de apotheek op te halen. De apotheker zal hiervoor een begeleidingsgesprek moeten houden. De kosten hiervan bedragen gemiddeld € 6,– (inclusief BTW en exclusief de kosten voor het geneesmiddel). In de berekening van de uitvoeringskosten zijn de kosten voor het ter hand stellen van het geneesmiddel niet meegenomen. De patiënt moet immers, ook als er niet wordt geswitcht, geneesmiddelen ophalen bij de apotheek. In de berekening van de uitvoeringskosten is rekening gehouden met een extra consult bij de (huis)arts en een begeleidingsgesprek door de apotheker.

Inbreng PvdA-fractie

Managementsamenvatting

Kan uitgelegd worden waarom in de managementsamenvatting vooral de opbrengsten van de eigen bijdrage genoemd worden, en niet de kostenvermindering door gebruik c.q. switchen naar goedkopere geneesmiddelen, waarbij de kostenvermindering juist niet ten laste van de verzekerde komt? Is de managementsamenvatting daarmee een goede weergave van het rapport?

Aan het onderzoeksbureau APE is gevraagd, conform de motie van de heer Kuzu, om de uitkomsten van de proefberekeningen feitelijk weer te geven en geen eigen interpretatie aan de gegevens te geven. De managementsamenvatting is een weergave van feitelijkheden. Indien een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten plaatsvindt op basis van één van de varianten, zoals in de motie weergegeven, zullen de kosten waarschijnlijk grotendeels neerslaan bij patiënten in de vorm van een eigen bijdrage. Indien patiënten switchen naar een goedkoper alternatief dan hebben patiënten uiteraard een minder hoge of geen bijbetaling. Deze patiënten hebben echter wel de «last» van het moeten switchen. Tevens kunnen fabrikanten de prijzen van geneesmiddelen verlagen waarmee bijbetalingen voor patiënten worden voorkomen.

1. Inleiding/algemeen

Waarom wordt gesteld «De kostenbeheersende functie van het GVS lijkt inmiddels voor een groot deel van de markt ingehaald door het inkoop- en preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de maximumprijzen die zijn vastgelegd in de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp)»? Is de Minister het daarmee eens?

Apotheek-inkoopprijzen zijn de prijzen die een geneesmiddelenfabrikant of farmaceutische groothandel ten hoogste aan een apotheker in rekening mogen brengen. De fabrikant stelt de apotheekinkoopprijs vast. Het zijn bruto-prijzen. Dat wil zeggen inclusief de distributiemarges voor de farmaceutische groothandel en de kortingen die apotheekhoudenden bedingen bij de groothandel. Dit zijn niet de prijzen die gedeclareerd worden. De prijzen die gedeclareerd worden zijn prijzen die apotheekhoudenden en zorgverzekeraars met elkaar afspreken dan wel de restitutievergoeding voor die geneesmiddelen als er geen prijsafspraken tot stand komen. Deze prijzen liggen, zeker voor generieke geneesmiddelen, ruim onder de op basis van de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) vastgestelde prijzen. In de prijsonderhandelingen romen zorgverzekeraars door apotheekhoudenden bedongen kortingen af, onder meer via een door hen gehanteerde «clawback» of via «pakjesmodellen» met een gemiddelde

[2] Het tarief van een medisch specialist is niet exact bekend, omdat dit tarief is verwerkt in een DBC-zorgproduct. Daarom is gerekend met het standaard consultatief van de huisarts.

prijs per afgeleverd geneesmiddel. Het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid heeft, door zijn prijsdempende effect, de afgelopen jaren voor het grootste deel van de besparingen gezorgd. Ten aanzien van een groot deel (circa 85%) van de geneesmiddelen met een GVS-vergoedingslimiet liggen de limieten van deze geneesmiddelen vaak boven de betreffende Wgp-maximumprijzen.

Klopt het dat de kostenbesparende effecten van het GVS zijn verminderd, juist omdat er geen limieten zijn herberekend?

Ik ga er van uit dat u hier bedoelt dat het gaat om kostenbesparende effecten ten opzichte van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). In de afgelopen jaren zijn er forse besparingen in het BKZ op het geneesmiddelenbudget opgetreden als gevolg van het handelen van zorgverzekeraars door het geneesmiddelenbeleid. Desalniettemin kan vanuit het «clusteren in het GVS» (indelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen) van nieuwe geneesmiddelen, ongeacht herberekenen, wel een prijsdrukkend effect op de apotheekinkoopprijzen uitgaan.

Kan uitgelegd worden waarom het preferentiebeleid de werking van het GVS juist kan versterken?

Op grond van het Besluit Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars verplicht om de geneesmiddelen aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Daarbij moeten zij kiezen uit door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen geneesmiddelen. Zij moeten voorts van elke werkzame stof die voorkomt in de door de Minister van VWS aangewezen lijst van geneesmiddelen, ten minste één geneesmiddel aanwijzen met die werkzame stof. Het preferentiebeleid richt zich op verschillende versies van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof die uitsluitend op een daartoe uitgeschreven recept mogen worden afgeleverd door een apotheekhoudende (apotheker of apotheekhoudende huisarts). Feitelijk wordt de aanspraak van de verzekerden per zorgverzekeraar nader gespecificeerd tot (een) specifieke variant(en) van een geneesmiddel met eenzelfde werkzame stof.
Het GVS geeft aan welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. De GVS-vergoedingslimiet maximeert de vergoeding voor geneesmiddelen op het niveau van de geneesmiddelen waarmee deze als onderling vervangbaar zijn beschouwd. Van zowel het preferentiebeleid van zorgverzekeraars als het hebben van GVS-vergoedingslimieten gaat een prijsdrukkend effect uit. Van een versterkende werking op elkaar kan sprake zijn. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars kan zorgen voor lagere apotheekinkoopprijzen, indien sprake is van openbare kortingen/prijsverlagingen. Als in een herberekeningsvariant vervolgens die (openbare) lage prijs leidend wordt voor de berekening van de nieuwe vergoedingslimiet zal die vergoedingslimiet lager uitvallen. Op die manier kan het preferentiebeleid een effect hebben op de vergoedingslimiet.

2. De markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen

Als fabrikanten de apotheekinkoopprijzen niet willen verlagen kunnen zij de afgesproken kortingen verhogen of nieuwe kortingen invoeren, waardoor een geneesmiddel preferent kan worden bij een zorgverzekeraar om op die manier de omzet te garanderen. Klopt het dat een aanscherping van de Wgp volgens het Noorse systeem lagere prijzen betekent, maar dan wel transparant? Welk effect zou aanpassing van de Wgp hebben op de hoogte van de bijbetaling?

Ik heb u op 31 mei 2013 (Kamerstuk 29 477, nr. 245) mijn standpunt over het onderzoek Wgp gegeven. De prijzen die op basis van de Wgp worden

vastgesteld zijn niet de prijzen die worden gedeclareerd en zijn derhalve niet maatgevend voor de uitgaven aan geneesmiddelen. Het is dus maar de vraag of het Noorse model voor daadwerkelijk lagere (netto) prijzen zorgt. Het Noorse systeem zal niet voor meer of minder transparantie zorgen dan er nu al is. Zoals hierboven aangegeven liggen voor veel geneesmiddelen de GVS-vergoedingslimieten hoger dan de Wgp-maximumprijzen. Een neveneffect hiervan is dat de Wgp hierdoor voor minder of geen bijbetalingen zorgt.

Klopt het dat de in hoofdstuk 2 genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek krijgt als marge tussen inkoop en declaratie?

Ja, dat klopt. Het gaat om het gerealiseerde uitgekeerde bedrag (de daadwerkelijk uitgaven, die het BKZ belasten) ten opzichte van de theoretisch maximale vergoeding.

Klopt het dat de apotheekkortingen in de berekening niet zichtbaar zijn?

Ja, dat klopt. De contracten tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars zijn niet openbaar, dit is de reden waarom met deze kortingen niet gerekend kan worden.

3. GVS-clusters en limieten

In de berekening zijn combinatiepreparaten niet meegenomen terwijl juist een aantal combinatiepreparaten uit octrooi gegaan zijn en dus inmiddels een veel lagere prijs hebben. Hoe hoog zijn bijvoorbeeld de kosten van bloeddrukverlagers die gecombineerd worden met andere middelen?

Vanuit de data die tot mijn beschikking staan, kan ik deze analyse niet maken. Hiervoor is nader onderzoek nodig. Ik zal dit onderzoek laten uitvoeren, omdat het exemplarisch kan zijn voor de eventuele stapeling van bijbetalingen voor bepaalde patiëntengroepen.

Kan aangegeven worden welke preparaten hierbij een rol spelen en welk effect het wel meenemen van combinatiepreparaten zou hebben?

In de berekening van de besparing zijn voor de varianten «geijkte limieten» en «99» de combinatiepreparaten wel meegenomen. Het effect van het wel meenemen van combinatiepreparaten in een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten conform de variant «laagste dagprijs» is niet mogelijk, omdat de minimale dagprijzen van combinatiepreparaten niet bekend zijn.

Klopt het dat wanneer combinatiepreparaten mee berekend zouden zijn de besparing nog veel hoger zou zijn? Hoe veel hoger?

Ten aanzien van de variant «geijkte limieten ceteris paribus» bedraagt de besparing € 172 mln zijnde alleen monopreparaten. De besparing bedraagt € 248 mln indien de combinatiepreparaten worden meegerekend. Ten aanzien van de variant «'99 ceteris paribus» bedraagt de besparing € 211 mln zijnde alleen monopreparaten. De besparing bedraagt € 293 mln indien de combinatiepreparaten worden meegerekend. De besparingsbedragen zijn een feitelijke berekening van een eventuele herberekening van de GVS-vergoedingslimieten, zonder rekening te houden met uitvoeringskosten en neveneffecten. Hierdoor wordt de besparingsopbrengst lager. Daarnaast betekent een herberekening «ceteris paribus» een verschuiving van lasten van het Budgettair Kader Zorg (een collectieve last) naar de patiënt door middel van bijbetaling.

4. Aanpak (proef)berekeningen

Kan uitgebreid ingegaan worden op het onderscheid tussen de (gedrags)effecten voor switchers en voor nieuwe gebruikers?

Voor nieuwe gebruikers zal een eventuele herberekening van GVS-vergoedingslimieten minder gevolgen met zich meebrengen dan voor gebruikers die moeten switchen naar een ander geneesmiddel. De verwachting is dat vooral bij (oudere) patiënten, die chronisch ziek zijn en goed staan ingesteld op hun geneesmiddel(en) weerstand kan ontstaan. Overstappen op een ander geneesmiddel kan leiden tot een verminderde effectiviteit van de behandeling, vermindering van therapietrouw en gepaard gaan met andere bijwerkingen en interacties, ook al gaat het om de overstap naar een therapeutisch gelijkwaardig alternatief, maar dat hoeft niet voor iedereen zo te zijn. Dit komt omdat de gelijkwaardigheid van middelen in het GVS wordt beoordeeld op populatieniveau, terwijl kleine verschillen voor individuele patiënten zeker een rol kunnen spelen. Bij een generieke substitutie, overstap naar ander product maar met dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte, behoeft dit in vele gevallen niet te leiden tot problemen, indien wordt gehandeld conform de KNMP handleiding geneesmiddelsubstitutie. Iets anders ligt dit bij therapeutische substitutie, waarbij het middel vervangen wordt door een middel met een andere werkzame stof maar wel uit dezelfde cluster van onderling vervangbare middelen. Naast de zorginhoudelijke gevolgen voor patiënten van een eventuele herberekening zijn er ook financiële gevolgen voor patiënten. Als gevolg van een herberekening kunnen patiënten worden geconfronteerd met (hogere) bijbetalingen, tenzij fabrikanten de prijzen van geneesmiddelen verlagen. Er zullen altijd patiënten zijn, die niet kunnen switchen naar een alternatief geneesmiddel, vanwege medische noodzaak.

Kan een inschatting gemaakt worden van de besparing die door beide effecten kan worden bereikt en de gevolgen voor de gebruikers.

Ik verwijs hiervoor naar het rapport van APE, bladzijde 49. Hierin staat aangegeven welke besparingen kunnen worden bereikt. Op bladzijde 40 van het rapport staat aangegeven hoeveel gebruikers als gevolg van een eventuele herberekening met een bijbetaling te maken krijgen.

Klopt het dat voor de nieuwe gebruikers geldt dat er geen eigen bijdrage is én geen negatieve gevolgen van switchen naar een ander middel en dat het uiteindelijke effect van GVS herberekening pas na jaren duidelijk kan worden en naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan in het rapport is beschreven?

Het klopt dat voor nieuwe gebruikers geldt dat, indien de arts doelmatig voorschrijft, er geen eigen bijdrage is. Dit klopt overigens alleen als er geen medische noodzaak is bij de patiënt, waardoor de arts toch een geneesmiddel moet voorschrijven dat niet vrij is van bijbetaling.

Klopt het dat, wanneer de limiet van een specialité geneesmiddel wordt verlaagd ten gevolge van herberekening van het GVS en de bijbetaling voor de verzekerde dus groter wordt, dit een prikkel vormt om – waar mogelijk – over te stappen op een generiek geneesmiddel?

Ja, dit kan kloppen. Veel patiënten zullen uit financiële overwegingen overstappen naar een ander goedkoper geneesmiddel. Indien voor een herberekening met geijkte limieten wordt gekozen, zullen circa 133.000 patiënten een eigen bijbetaling hebben van meer dan € 250,–.

In hoeverre is dit effect meegenomen in de berekeningen, en in hoeverre vormt dit een extra besparing die nog niet is meegenomen in de berekening?

Op verzoek van de motie is voorzien in de berekening van de besparingen als 50%, 80% of 100% van de patiënten naar een alternatief geneesmiddel switcht. Door het switchen naar het goedkoopste geneesmiddel binnen hetzelfde cluster ontstaan extra besparingen ten aanzien van de varianten «geijkte limieten en «99». Zie tevens in het rapport van APE op bladzijde 49.

5. Gegevens en gegevensbewerkingen

Wat betekent het in hoofdstuk 5 genoemde grote verschil tussen theoretisch maximale uitkering en werkelijk uitgekeerde bedragen? Kan dit duiden op onjuiste declaratie, of op onvoldoende controle van de verzekeraar op de betaalde declaratie?

Het op pagina 33 van het rapport benoemde verschil is waarschijnlijk ontstaan door administratieve fouten c.q. datavervuiling. Het verschil is niet nader onderzocht, vanwege het kleine foutpercentage. Het totale macro uitgekeerde bedrag is om de berekeningen zuiver te houden aangepast.

6. Proefberekeningen ceteris paribus

Zou overheveling voor bijvoorbeeld het cluster «overige anti-epileptica» bij gebruik van gabapentine als pijnbestrijding en niet als anti-epilepticum betekenen dat er geen bezwaar is tegen switchen, terwijl dat bij de 5% gebruikers van het middel als anti-epilepticum wel geldt?

Het switchen van geneesmiddelen heeft in principe niets te maken met de plaats van het geneesmiddel in de aanspraak en/of de vergoeding. Switchen naar een ander geneesmiddel kan alleen, indien dit medisch verantwoord is. Een patiënt, die gabapentine krijgt voorgeschreven als pijnbestrijding, kan waarschijnlijk binnen het betreffende cluster overige anti-epileptica niet switchen als daar geen andere pijnbestrijders inzitten.

Welke clusters zouden eigenlijk tot het ziekenhuisbudget moeten behoren, omdat er sprake is van door medisch specialisten voorgeschreven specialistische middelen?

Zoals ik u eerder heb aangegeven (Kamerstuk 29 248, nr. 269) ben ik mijn beleid ten aanzien van de overhevelingen van specialistische geneesmiddelen aan het evalueren. Op basis van deze evaluatie zal ik nader besluiten of ik ook andere groepen geneesmiddelen ga overhevelen van de aanspraak op Farmaceutische Zorg naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg of dat ik het laat bij de al overgehevelde groepen geneesmiddelen. Het criterium dat een specialistisch geneesmiddel wordt voorgeschreven door een medisch specialist is niet voldoende om tot overheveling over te gaan. Redenen om over te hevelen staan beschreven in de hierboven genoemde brief aan de leden van de Tweede Kamer.

Kan een overzicht gegeven worden van die clusters, waarbij de aangegeven hoge eigen bijdrage vervalt als ze overgeheveld worden naar het ziekenhuisbudget?

Dit zou voor alle clusters in het GVS gelden waar geneesmiddelen inzitten met een bijbetaling, indien deze betreffende geneesmiddelen worden overgeheveld.

Zou overheveling naar het ziekenhuisbudget ook een prikkel voor doelmatig voorschrijven door de medisch specialist betekenen?

Ja, de overheveling van specialistische geneesmiddelen is gericht op een kwaliteitsverhoging c.q. doelmatigheidsverhoging van de totale behandeling, door de nauwe samenwerking tussen (ziekenhuis-)apotheker en arts met betrekking tot de medicatie. De overheveling stimuleert zodoende het maken van specialistische zorgpaden rond de behandeling van patiënten met specifieke aandoeningen.

Het aspect van vermijdbaarheid van eigen bijdragen blijft onderbelicht in de proefberekening, in (bijna) ieder cluster is er immers sprake van een vrijloper. Wat is de opbrengst voor verzekerden als de vrijloper, het middel zonder bijbetaling, buiten het eigen risico wordt gehouden, en er derhalve een prikkel ontstaat om te switchen naar een middel zonder bijbetaling?

Het klopt dat er een vrijloper is in elk cluster. Echter kunnen in een cluster verschillende werkzame stoffen zitten, hierdoor kan het zijn dat patiënten niet of lastig kunnen switchen. Ik heb geen gegevens beschikbaar om de door u gevraagde opbrengst te berekenen.

Welk effect zou dit hebben voor zorgmijders, mensen die geen geneesmiddelen meer ophalen vanwege de eigen bijdrage en het eigen risico?

Momenteel wordt mede op verzoek van uw Kamer onderzoek gedaan naar zorgmijding. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het najaar van 2015, en voor de begrotingsbehandeling, aan u te kunnen zenden.

In hoeveel en in welke clusters is het waarschijnlijk dat er een situatie ontstaat waarin geen vrijloper bestaat, en er geen middel beschikbaar is zonder bijbetaling?

Indien fabrikanten prijzen na een eventuele herberekening van de GVS-vergoedingslimieten niet verhogen, is er altijd een vrijloper in een cluster. De berekening van de vergoedingslimiet is immers gebaseerd op een gemiddelde.

In hoeverre worden op dit moment therapeutische richtlijnen gevolgd?

Ten algemene geldt dat artsen moeten voorschrijven conform de geldende behandelrichtlijnen of gemotiveerd daarvan afwijken. Indien artsen dit niet doen, dan is er geen sprake van verantwoorde zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op het voorschrijfgedrag van artsen conform de geldende behandelrichtlijnen.

In hoeverre zijn specifieke cliëntkenmerken bepalend voor de keuze van een geneesmiddel, voor welke clusters geldt dit?

Bij het voorschrijven van een geneesmiddel wordt door de arts altijd gekeken naar kenmerken van een patiënt.

Op welke manier zou een hardheidsclausule voor specifieke cliëntkenmerken kunnen worden meegenomen in de vergoeding bij herberekening van het GVS?

De aanwijzingen voor de regelgeving schrijven voor dat als specifieke kenmerken benoemd kunnen worden, een hardheidsclausule niet is aangewezen maar eerder een op de groep met die specifieke kenmerken gerichte (uitzonderings-)regeling. Een hardheidsclausule in het GVS zou

inhouden dat de ene verzekerde voor geneesmiddelen boven de limiet wel een GVS-bijdrage moet betalen en een andere verzekerde niet. Dit lijkt op gespannen voet te staan met een uniform Zvw-pakket voor alle verzekerden. Een ander soort regeling, bijvoorbeeld een uitzonderingsregeling waarbij de aanspraken afhankelijk zouden zijn van andere dan zorginhoudelijke criteria, zoals bijvoorbeeld de inkomenssituatie van de verzekerde, is in strijd met de uitgangspunten van de Zvw, namelijk een uniform verzekerd pakket voor iedere Zvw-verzekerde.

In hoeverre wordt er op dit moment doelmatig voorgeschreven door medisch specialisten cq huisartsen?

Ten aanzien van de huisartsen zijn in het Bestuurlijk Akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 afspraken gemaakt over het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Overeengekomen is dat er een nieuwe doelstelling voor doelmatig voorschrijven komt van € 50 miljoen op jaarbasis. De realisatie van de taakstelling zal gedurende de periode tot en met 1 januari 2018 jaarlijks gemonitord worden op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Uit de realisatiecijfers van de SFK-monitor blijkt dat er in 2014 een besparing is gerealiseerd van € 32,6 miljoen.
In het Bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg is overeengekomen dat er een doelstelling voor doelmatig voorschrijven door medisch specialisten wordt gerealiseerd van € 25 miljoen. In 2014 is een besparing gerealiseerd van € 12,2 miljoen. Gezien de afspraken en de verwachting dat dit ook haalbaar is, kan er dus nog doelmatiger worden voorgeschreven.

In de hoofdlijnen akkoorden is doelmatig voorschrijven opgenomen, maar hoe wordt vastgesteld in welke mate dit ook werkelijk gebeurt, hoe kan worden bepaald in welke gevallen doelmatiger voorgeschreven kan worden?

De realisatie van de taakstelling zal gedurende de periode tot en met 1 januari 2018 jaarlijks zowel voor de huisartsen als voor de medisch specialisten gemonitord worden op basis van gegevens van de SFK. In overleg met betrokken veldpartijen en de SFK wordt jaarlijks bepaald of de geneesmiddelgroepen die gemonitord worden nog steeds de groepen zijn waar doelmatiger voorgeschreven kan worden door de huisartsen c.q. medisch specialisten.

Bijlage 3

Kan aangegeven worden wat de (financiële) gevolgen van de herberekening van het GVS zijn voor groothandel en apotheker in plaats van alleen gevolgen voor de hele keten te noemen?

Een specifieke toedeling van (financiële) gevolgen is helaas niet realiseerbaar.

Is het waarschijnlijk dat de besparingen ten gevolge van herberekening van het GVS niet zullen opwegen tegen de uitvoeringskosten?

In het eerste jaar na de herberekening van GVS-vergoedingslimieten kan verwacht worden dat er uitvoeringskosten zijn. Patiënten zullen, indien zij wensen te switchen om een bijbetaling te voorkomen, eerst naar de huisarts op consult of naar de medisch specialist moeten gaan. De desbetreffende (huis)arts kan zo een goedkoper alternatief voorschrijven.

De kosten van een standaard consult bij de huisarts zijn € 9,04[3]*. Vervolgens dient de patiënt het desbetreffende geneesmiddel bij de apotheek op te halen. De apotheker zal hiervoor een begeleidingsgesprek moeten houden. De kosten hiervan bedragen gemiddeld € 6,– (inclusief BTW en exclusief de kosten voor het geneesmiddel). In de berekening van de uitvoeringskosten zijn de kosten voor het ter hand stellen van het geneesmiddel niet meegenomen in de berekening. De patiënt moet immers, ook als er niet wordt geswitcht, geneesmiddelen ophalen bij de apotheek. In de berekening van de uitvoeringskosten is rekening gehouden met een extra consult bij de (huis)arts en een begeleidingsgesprek door de apotheker.*

In hoeverre klopt de veronderstelling van Nefarma dat financiële argumenten zwaarder gaan wegen en herberekening van het GVS tot gezondheidsproblemen en extra kosten gaat leiden?

Overstappen op een ander geneesmiddel kan leiden tot een verminderde effectiviteit van de behandeling, vermindering van therapietrouw en gepaard gaan met andere bijwerkingen en interacties, ook al gaat het om de overstap naar een therapeutisch gelijkwaardig alternatief. Maar dat hoeft niet voor iedereen zo te zijn. Daarom moet de afweging tot een herberekening ook zorgvuldig worden gemaakt. De vraag is of de opbrengsten opwegen tegen de mogelijke nadelen voor de patiënt.

Klopt het dat dit voor de meeste clusters niet geldt vanwege het bestaan van een vrijloper en zeker niet geldt als de door medisch specialisten voorgeschreven geneesmiddelen worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget?

Het klopt dat er een vrijloper is in elk cluster. Indien specialistische geneesmiddelen worden overgeheveld naar de aanspraak op Geneeskundige zorg dan is er in het huidige systeem geen sprake van een bijbetaling. Wanneer er meer geneesmiddelen worden overgeheveld naar de aanspraak op geneeskundige zorg zal de opbrengst van een eventuele herberekening van GVS-limieten lager worden.

Op welke wijze kan de door verschillende partijen aangekondigde onrust voor patiënten ten gevolge van switchen worden voorkomen c.q. verminderd? Welke rol kunnen overheid, arts en apotheker daar bij spelen?

Onrust ten gevolge van switchen kan door goede voorlichting aan patiënten en verzekerden worden verminderd. Via een goede informatiecampagne door zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars kan de voorlichting plaatsvinden. Als er een herberekening aan de orde is, dan zie ik ook een taak van de overheid in de voorlichting. Dit kan door een actief voorlichtingsbeleid of faciliterend naar partijen.

Waarom was de NPCF niet uitgenodigd voor de discussiebijeenkomst van 29 oktober 2014?

Het uitnodigen van stakeholders voor de discussiebijeenkomst is onder verantwoordelijkheid van APE gebeurd. De bijeenkomst was primair georganiseerd om met stakeholders te bekijken of de berekeningen op de juiste manier zijn uitgevoerd. De overweging van APE is waarschijnlijk geweest dat de NPCF over het technische aspect van de berekeningen geen mening zou kunnen vormen. Op aanraden van VWS heeft de NPCF

[3] Het tarief van een medisch specialist is niet exact bekend, omdat dit tarief is verwerkt in een DBC-zorgproduct. Daarom is gerekend met het standaard consultatief van de huisarts.

alsnog haar reactie gegeven op de proefberekeningen. De reactie van de NPCF gaat inhoudelijk in op de gevolgen van een eventuele proefberekening (pagina 70 en 71 van het rapport).

Overig

Hoe verhoudt het ACM-rapport «Farmacie onder de loep», februari 2015, waarin gesteld wordt dat de fabrikanten van merkgeneesmiddelen een belang hebben om doelmatig voorschrijven tegen te gaan, zich tot het volledig vergoeden van alle geneesmiddelen, door de vergoedingslimiet niet via herberekening te verlagen?

Er is mijns inziens geen directe relatie tussen de conclusies van de ACM in het rapport «Farmacie onder de loep» en de vraag of herberekenen zou kunnen leiden tot doelmatig voorschrijven. Overigens weeg ik de conclusies van het ACM rapport nadrukkelijk mee in de door mij op te stellen nieuwe lange termijn visie geneesmiddelen. Deze visie stuur ik u, conform mijn toezegging in het Algemeen Overleg Geneesmiddelen van 25 maart jongsleden (Kamerstuk 29 477, nr. 326), in het najaar 2015 toe.

Zou de prikkel voor de voorschrijvende arts om doelmatig voor te schrijven groter worden en het effect van de industrie verkleind kunnen worden door het GVS te herberekenen?

Dat zou zeker kunnen. De prikkel om doelmatig voor te schrijven door de arts zal in dat geval in eerste instantie niet ingegeven zijn vanuit de geldende behandelrichtlijnen, maar met name vanuit de wens van de patiënt om te switchen naar een goedkoper geneesmiddel, zodat bijbetaling wordt voorkomen. Op zichzelf hoeft dat niet nadelig te zijn voor de behandeling van de patiënt.

Inbreng SP-fractie

Managementsamenvatting

De leden van de SP-fractie constateren dat de managementsamenvatting onvoldoende de uitkomsten weergeeft op de vragen zoals die gesteld zijn door de Kamer. De samenvatting geeft wel de uitkomsten van opbrengsten van de eigen bijdrage weer. De kostenvermindering door het gebruik van of switchen naar goedkopere middelen wordt echter niet of nauwelijks genoemd. Is de Minister het met deze leden eens dat een belangrijke conclusie van het rapport is dat de kostenvermindering door doelmatiger geneesmiddelengebruik, de opbrengst van de eigen betalingen verre overstijgt? Zo ja, waarom is deze dan niet expliciet genoemd in de managementsamenvatting? Zo nee, waarom deelt de Minister deze mening dan niet?

Aan het onderzoeksbureau APE is gevraagd, conform de motie van de heer Kuzu, om de uitkomsten van de proefberekeningen feitelijk weer te geven en geen eigen interpretatie aan de gegevens te geven. De managementsamenvatting is een weergave van feitelijkheden. Indien een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten plaatsvindt op basis van één van de varianten, zoals in de motie weergegeven, zullen de kosten grotendeels neerslaan bij patiënten in de vorm van een eigen bijdrage. Indien patiënten switchen naar een goedkoper alternatief dan hebben patiënten uiteraard een minder hoge of geen bijbetaling. Deze patiënten hebben echter wel de «last» van het moeten switchen. Tevens kunnen fabrikanten de prijzen van geneesmiddelen verlagen waarmee bijbetalingen voor patiënten worden voorkomen.

1. Inleiding

De leden van de SP-fractie zijn het niet eens met het betoog dat het GVS ingehaald is door de Wgp. Juist doordat het preferentiebeleid heeft gezorgd voor aanzienlijk lagere prijzen van merkloze middelen, kan volgens deze leden een herberekening van de GVS-limieten zorgen voor een aanzienlijke kostenbesparing. Is de Minister het met die constatering eens?

Het GVS is een bijbetalingsregeling en geen prijsmaatregel. Als een patiënt een receptgeneesmiddel koopt bij een apotheek, dan krijgt hij de prijs van het geneesmiddel vergoed van zijn zorgverzekeraar. Maar als de prijs hoger is dan de maximum-vergoeding voor dat geneesmiddel in het GVS, dan moet de patiënt het verschil zelf bijbetalen in de apotheek. De maximumvergoedingen (de GVS-vergoedingslimieten) gelden voor groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen (bijvoorbeeld alle geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk, met verschillende werkzame stoffen). Of een patiënt moet bijbetalen hangt af van de apotheekinkoopprijs die de fabrikant van het geneesmiddel vaststelt.
Van de GVS-vergoedingslimieten kan een prijsdrukkend effect uitgaan op de apotheekinkoopprijzen. Hiervan is sprake als een geneesmiddelenfabrikant bijvoorbeeld niet wil dat voor zijn geneesmiddel bijbetaald moet worden en daarom zijn prijs aanpast aan de GVS-vergoedingslimiet. Een fabrikant is dus niet verplicht om zijn prijs te verlagen tot de GVS-vergoedingslimiet. Een fabrikant verlaagt zijn apotheekinkoopprijs in Nederland wellicht niet als hij daardoor ook in andere landen een lagere prijs zal krijgen, omdat de Nederlandse prijzen als referentie worden gebruikt in die landen.

Is het preferentiebeleid niet juist een versterking van het GVS, in plaats van dat het de plaats ervan inneemt? Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

Op grond van het Besluit Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars verplicht om de geneesmiddelen aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Daarbij moeten zij kiezen uit door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen geneesmiddelen. Zij moeten voorts van elke werkzame stof die voorkomt in de door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, ten minste één geneesmiddel aanwijzen met die werkzame stof. Het preferentiebeleid richt zich op verschillende versies van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof die uitsluitend op een daartoe uitgeschreven recept mogen worden afgeleverd door een apotheekhoudende (apotheker of apotheekhoudende huisarts). Feitelijk wordt de aanspraak van de verzekerden per zorgverzekeraars nader gespecificeerd tot (een) specifieke variant(en) van een geneesmiddel met eenzelfde werkzame stof.
Het GVS geeft aan welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. De GVS-vergoedingslimiet maximeert de vergoeding voor geneesmiddelen op het niveau van de geneesmiddelen waarmee deze als onderling vervangbaar zijn beschouwd. Van zowel het preferentiebeleid van zorgverzekeraars als het hebben van GVS-vergoedingslimieten gaat een prijsdrukkend effect uit. Van een versterkende werking op elkaar kan sprake zijn. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars kan zorgen voor lagere apotheekinkoopprijzen, indien sprake is van openbare kortingen/prijsverlagingen. Hierdoor zal de vergoedingslimiet na herberekening sterker verlagen dan voor geneesmiddelen, die niet onder het preferentiebeleid vallen.

2. De markt voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen

De leden van de SP-fractie constateren dat de genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek verkrijgt als marge tussen inkoopprijs en declaratiebedrag. Deze apotheek-kortingen zijn in de berekening namelijk niet zichtbaar. Deze leden wijzen de Minister erop dat de apotheekinkoopprijs niet de prijs is waarvoor apothekers middelen bij de groothandel inkopen, maar de declaratieprijs die bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht. De apotheekinkoopprijs daalt in de regel niet als een octrooi verloopt. De prijs van de generieke variant is vaak wel lager. Is nu niet juist het prijsverschil tussen die twee de reden van de daling van de vergoedingslimieten van het GVS, en de daaruit voortkomende kostenbesparing? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording en de visie van de Minister op het genoemde punt.

Ja, dat klopt. Het eerste geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS bepaald, indien een cluster gevormd wordt, de vergoedingslimiet. Bij een herberekening van GVS-vergoedingslimieten gaat het om de gemiddelde prijs in een cluster. Door een herberekening zal naar verwachting de vergoedingslimiet dalen. Gevolg hiervan kan wel zijn, dat als de fabrikant de apotheekinkoopprijs niet verlaagd, de patiënt met een bijbetaling wordt geconfronteerd.

3. GVS-clusters en limieten

De leden van de SP-fractie merken op dat wordt vermeld dat de combinatiepreparaten niet zijn betrokken in de berekening. Gezien de aanzienlijke kosten die hiermee gemoeid zijn en het feit dat deze middelen grotendeels ook generiek verkrijgbaar zijn, vermoeden deze leden dat door deze middelen wel in de overweging te betrekken de kostenbesparing aanzienlijk hoger zal liggen. Kan de Minister dit bevestigen? Deze leden verwachten ook op dit punt een uitgebreide toelichting.

In de berekening van de besparing zijn voor de varianten «geijkte limieten» en «’99» wel de combinatiepreparaten meegenomen. Het effect van het wel meenemen van combinatiepreparaten in een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten conform de variant «laagste dagprijs» is niet mogelijk, omdat de minimale dagprijzen van combinatiepreparaten niet bekend zijn.
Ten aanzien van de variant «geijkte limieten ceteris paribus» bedraagt de besparing € 172 mln zijnde alleen monopreparaten. De besparing bedraagt € 248 mln indien de combinatiepreparaten worden meegerekend. Ten aanzien van de variant «’99 ceteris paribus» bedraagt de besparing € 211 mln zijnde alleen monopreparaten. De besparing bedraagt € 293 mln indien de combinatiepreparaten worden meegerekend. De besparingsbedragen zijn een feitelijke berekening van een eventuele herberekening van de GVS-vergoedingslimieten, zonder rekening te houden met uitvoeringskosten en neveneffecten. Hierdoor wordt de besparingsopbrengst lager. Daarnaast betekent een herberekening «ceteris paribus» een verschuiving van lasten van het BKZ (een collectieve last) naar de patiënt door middel van bijbetaling.

4. Proefberekeningen ceteris paribus

De leden van de SP-fractie merken op dat bij een aantal clusters, waaronder «overige anti-epileptica», ten onrechte de voordelen van switchen niet meegenomen worden. Het betreffende middel Neurontin wordt veelal gebruikt tegen perifere neuropatische pijn, en slechts in een aantal gevallen als anti-epilepticum. Volgens deze leden is er dus van belemmeringen tegen switchen veelal geen sprake. Deelt de Minister deze

zienswijze? Is dit voor meerdere clusters het geval? Wat zou hiervan de invloed zijn op de totale berekening en de conclusies? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording.

Het switchen van geneesmiddelen heeft in principe niets te maken met de plaats van het geneesmiddel in de aanspraak of de vergoeding. Switchen naar een ander geneesmiddel kan alleen, indien dit medisch verantwoord is.

5. Simulaties

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat onvoldoende duidelijk gemaakt wordt dat switchen op twee manieren kan gebeuren. Allereerst kan switchen inhouden dat van het merkgeneesmiddel met eigen bijdrage naar een identiek merkloos geneesmiddel zonder eigen bijdrage wordt overgestapt. Daarnaast kan er binnen het GVS-cluster met gelijkwaardige middelen geswitcht worden van een middel met eigen bijdrage naar de vrijloper in het cluster. Erkent de Minister deze omissie?

Er is bij switchen inderdaad geen rekening gehouden met verschillende typen clusters en of de switchpercentages therapeutisch haalbaar zijn. De gesimuleerde switchpercentages zijn aannames die overgenomen zijn uit de motie.
Binnen het GVS is het belangrijk om onderscheid te maken tussen clusters waarbinnen generieke substitutie mogelijk is, of waarbinnen sprake is van therapeutische substitutie. Binnen generieke clusters mogen zorgverzekeraars nu al een preferentiebeleid voeren. In de afgelopen jaren zijn er dan ook forse besparingen in het BKZ op het geneesmiddelenbudget opgetreden als gevolg van het handelen van zorgverzekeraars door dit beleid. Voor therapeutische substitutie ligt dat anders, hierbij zal geswitcht moeten worden naar een middel met een andere werkzame stof.
Therapeutische substitutie kan voor gezondheidsproblemen zorgen, omdat het geneesmiddel hierbij vervangen zal worden door een middel met een andere werkzame stof, maar wel uit hetzelfde cluster van onderling vervangbare middelen.
Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat switchen bij de ziektebeelden «acute afstotingsreactie van nier- en harttransplantaten», partiële epilepsie, neuropatische pijnen en bij acute psychosen in ieder geval complexer is.

6. Conclusie

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat ten onrechte in dit hoofdstuk niet de veel toegepaste prijsverlaging door «clawback» wordt genoemd. Hierbij blijft de lijstprijs hoog (van invloed op prijsberekeningen in andere landen) en wordt de eigen bijdrage betaald door de fabrikant. Met als gevolg dat de patiënt niet wordt «weggejaagd» vanwege bijbetaling. Deze vorm van bijbetaling is veel eerder te verwachten dan een prijsverlaging in de lijstprijs volgende de leden. Wat is de visie van de Minister op dit punt?

De «officiële» clawback als wettelijke prijsregeling is niet meer van toepassing sinds de invoering van vrije prijzen voor geneesmiddelen sinds 1 januari 2012. Deze maatregel verplichtte de apothekers om bij de declaratie van receptgeneesmiddelen een korting in rekening te brengen op de apotheekinkoopprijs. In 2011 ging dit om een korting van 6,82% met een maximum van € 6,80 per receptregel. Hoewel de wettelijke gronden onder de clawback zijn verdwenen, laten sommige zorgverzekeraars in de aan apotheken aangeboden contracten de clawback – al dan niet onder een andere naam – terugkomen. In de prijsonderhandelingen romen

zorgverzekeraars door apotheekhoudenden bedongen kortingen af, onder meer via een door hen gehanteerde «clawback» of via «pakjesmodellen» met een gemiddelde prijs per afgeleverd geneesmiddel. Fabrikanten kunnen de GVS-bijbetalingen compenseren via terugbetalingsregelingen. Op dit moment hanteren enkele fabrikanten al enige tijd dergelijke terugbetalingsregelingen voor geneesmiddelen waarvoor op dit moment moet worden bijbetaald. Doelmatig voorschijven moet zorgen voor het juiste middel bij de juiste patiënt.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de aanbieding van het rapport met daarin de proefberekeningen van het GVS. Zij hebben hier enkele vragen over.
Zij constateren dat in alle drie de proefberekeningen de besparingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) kleiner zijn dan wat de cliënten in totaal meer moeten betalen aan Eigen Bijdragen (ceteris paribus). Deze leden vragen of hieruit geconcludeerd kan worden dat de enige wijze waarop met de alternatieve berekeningswijzen besparingen behaald kunnen worden is, wanneer gebruikers in grote mate worden bewogen naar een goedkoper geneesmiddel over te stappen. Zij vragen een appreciatie van de Minister op dit punt. Is dit een wenselijke beweging?

De besparingen die in dit rapport berekent zijn, vloeien voort uit het verlagen van vergoedingslimieten waardoor bijbetalingen ontstaan voor patiënten (Ceteris Paribus-varianten). Dit gaat uit van een situatie waarin fabrikanten na herberekening van GVS-vergoedingslimieten geen prijsverlagingen zullen doorvoeren. De besparingen komen in dat geval ten laste van de patiënt. Patiënten kunnen, indien mogelijk, overstappen naar een goedkoper middel om bijbetalingen te voorkomen. Deze mogelijkheid is er echter niet altijd, omdat veel clusters van geneesmiddelen ingedeeld zijn op therapeutisch vervangbare geneesmiddelen, het gaat hier niet per se om dezelfde werkzame stoffen. Op populatieniveau kunnen deze middelen therapeutisch inwisselbaar zijn, dit betekent niet dat deze altijd voor de individuele patiënt uitwisselbaar zijn. Een andere mogelijkheid waarbij de besparingen ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende zouden kunnen komen is dat fabrikanten hun prijzen zullen verlagen tot de nieuwe GVS-vergoedingslimieten. Dit gedrag is echter lastig te voorspellen, omdat een prijsverlaging in Nederland gevolgen heeft voor de prijzen in andere Europese landen.

Ziet de Minister nog veel ruimte om gebruikers op een verantwoorde manier naar goedkopere geneesmiddelen over te laten gaan?

Het is onbekend hoeveel ruimte er voor gebruikers is om op een verantwoorde manier over te stappen. Het is niet onderzocht welke switchpercentages therapeutisch haalbaar zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen of het bij de verschillende scenario's in feite een verschuiving van de lasten richting gebruikers van geneesmiddelen betreft, gezien het feit dat het BKZ daalt, en daarmee ook de premies voor alle verzekerden, en gezien het feit dat de eigen bijdragen van gebruikers in alle gevallen (sterk) stijgen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat dit feitelijk een verslechtering van de solidariteit tussen ziek en gezond betekent.

De verlaging van de GVS-vergoedingslimieten, zoals nu in de berekende varianten staat, zal inderdaad vooral de gebruikers van geneesmiddelen treffen, indien de fabrikanten de prijzen niet verlagen. De collectieve

uitgaven aan geneesmiddelen nemen af en daarmee de gemiddelde premie.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de aannames ten aanzien van het switchgedrag niet getoetst zijn op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat bij de keus voor een bepaald geneesmiddel de therapeutische haalbaarheid en medische richtlijnen te allen tijde uitgangspunt moeten zijn. Houdt naar de mening van de Minister de zorgplicht van de zorgverzekeraar in dat geneesmiddelen met medische noodzaak te allen tijde vergoedt moeten worden zonder eigen bijbetaling? Zo nee, waarom niet?

Ten algemene geldt dat artsen moeten voorschrijven conform de geldende behandelrichtlijnen of gemotiveerd daarvan afwijken. Indien artsen dit niet doen, dan is er geen sprake van verantwoorde zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op het voorschrijfgedrag van artsen conform de geldende behandelrichtlijnen. De prikkel om doelmatig voor te schrijven door de arts zal in het geval van herberekende GVS-vergoedingslimieten dan ook in eerste instantie niet ingegeven zijn vanuit de geldende behandelrichtlijnen maar met name vanuit de wens van de patiënt om te switchen naar een goedkoper geneesmiddel, zodat bijbetaling wordt voorkomen. Dat hoeft niet nadelig te zijn in de behandeling.

De zorgplicht van zorgverzekeraars houdt in dat zij genoeg en adequate zorg (in dit geval geneesmiddelen) inkopen bij de zorgverlener. Volgens de zorgplicht moeten zij de geneesmiddelen waar patiënten op aangewezen zijn (dus ook als sprake is van medische noodzaak) vergoeden tot aan de vergoedingslimiet. Zodra de prijs van een geneesmiddel boven de GVS-vergoedingslimiet ligt, dan hoeft de zorgverzekeraar dat verschil niet bij te leggen, ook niet in het geval van medische noodzaak.

De leden van de CDA-fractie vragen of het – gezien de recente uitkomsten van het TNS/NIPO onderzoek over de maagzuurremmers – juist niet te verwachten is dat na een GVS- herberekening een grote groep patiënten vanwege financiële gronden hun geneesmiddel niet meer zal gebruiken? Wat zou daarvan de consequentie zijn?

Een gevolg van herberekenen kan zijn dat de therapietrouw verslechterd, omdat patiënten hun geneesmiddel niet meer zullen ophalen vanwege de bijbetaling die is ontstaan op dat geneesmiddel. Indien patiënten switchen naar een goedkoper alternatief dan hebben patiënten uiteraard een minder hoge of geen bijbetaling. Switchgedrag zal dan ook met name voortkomen uit de wens van de patiënt om bijbetaling te voorkomen. Deze patiënten hebben echter wel de «last» van het moeten switchen. Fabrikanten kunnen de prijzen van geneesmiddelen verlagen, waarmee bijbetalingen voor patiënten worden voorkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen welke van de in het rapport genoemde varianten volgens de Minister de minste negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

Het aantal patiënten dat hinder ondervind van deze herberekening is het kleinst bij variant A, alhoewel zelfs die variant waarschijnlijk gevolgen zal hebben voor zo'n 6 miljoen gebruikers van medicijnen. Als gevolg van herberekening zullen patiënten worden geconfronteerd met (hogere) bijbetalingen. Het gevolg van deze bijbetaling zal zijn dat patiënten willen switchen naar een bijbetalingsvrij geneesmiddel. Er zullen echter patiënten zijn die niet kunnen switchen naar een alternatief geneesmiddel,

vanwege medische noodzaak. De hoogte van de bijbetaling kan voor deze patiënten oplopen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe realistisch het is om aan te nemen dat 50%, 80% of zelfs 100% van de cliënten naar het goedkoopste geneesmiddel in hetzelfde cluster switcht als de eigen betalingen (fors) omhoog gaan. Is bekend welk percentage cliënten nu al voor duurdere geneesmiddelen binnen een cluster kiezen, ondanks dat dit betekent dat ze een (hogere) eigen bijdrage moeten betalen?

Het is mij niet bekend hoeveel patiënten nu al voor duurdere geneesmiddelen binnen een cluster kiezen. De vraag is of het hier wel om een keuze van de patiënt gaat of om welk geneesmiddel de arts voorschrijft. Geneesmiddelen binnen clusters zijn niet altijd substitueerbaar. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen clusters waarbinnen generieke substitutie mogelijk is (deze middelen zijn in de meeste gevallen onderling uitwisselbaar) en clusters waarbinnen sprake is van therapeutische substitutie, de geneesmiddelen binnen deze clusters zijn niet zomaar onderling uitwisselbaar omdat het vaak om verschillende werkzame stoffen gaat.

Als cliënten nu al eigen bijdragen moeten betalen voor duurdere geneesmiddelen is het toch aan te nemen dat cliënten nu ook al naar goedkopere geneesmiddelen zouden switchen als dit voor de therapeutische e.d. waarde niets uit zou maken? Deelt de Minister de mening dat de aannames uit de motie-Kuzu van percentages cliënten die zouden switchen onrealistisch zijn?

Er zijn nu al gebruikers van geneesmiddelen die te maken hebben met eigen bijbetalingen, maar ik ben niet bekend met de redenen waarom gebruikers van geneesmiddelen waarvoor een bijbetaling nodig is, niet switchen naar een goedkopere variant.
Het is mij niet bekend of de aannames uit de motie realistisch zijn. Of de gesimuleerde switchpercentages realistisch en therapeutisch haalbaar zijn en hoe ze zich verhouden met de medische richtlijnen is niet gevraagd. De percentages komen uit de motie Kuzu. Om tot realistische switchpercentages te komen is nader onderzoek nodig. Omdat het beschikken over realistische switchpercentages relevant is voor het bepalen van de toekomstige richting van het GVS zal ik het benodigde onderzoek daarnaar laten uitvoeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of er een inschatting gegeven kan worden van de uitvoeringskosten (consulten en uitgiftegesprekken) als 50%, 80% of 100% van de cliënten naar een goedkoper geneesmiddel zou overstappen? Op basis van welk percentage switchers is het bedrag van ca. € 100 miljoen gebaseerd waarop in 2010 de zorgverzekeraar is uitgekomen? Wat is de onderbouwing van dit bedrag van ca. € 100 miljoen uitvoeringskosten?

In 2010 heeft één zorgverzekeraar de kosten van het omzetten van recepten door artsen op basis van een extrapolatie van hun schadegegevens getaxeerd op ten minste € 100 mln voor het eerste jaar (Kamerstuk 31 123 XVI, nr. 164).

In het eerste jaar na de herberekening van GVS-vergoedingslimieten kan verwacht worden dat er uitvoeringskosten zijn. Patiënten zullen, indien zij wensen te switchen om een bijbetaling te voorkomen, eerst naar de huisarts op consult of naar de medisch specialist moeten gaan. De desbetreffende (huis)arts kan zo een goedkoper alternatief voorschrijven.

De kosten van een standaard consult bij de huisarts zijn € 9,04[4]*. Vervolgens dient de patiënt het desbetreffende geneesmiddel bij de apotheek op te halen. De apotheker zal hiervoor een begeleidingsgesprek moeten houden. De kosten hiervan bedragen gemiddeld € 6,– (inclusief BTW en exclusief de kosten voor het geneesmiddel). In deze berekening van de uitvoeringskosten, zijn de kosten voor het ter hand stellen van het geneesmiddel niet meegenomen, omdat een patiënt, ook als er niet wordt geswitcht, geneesmiddelen moet ophalen bij de apotheek. In de berekening van de uitvoeringskosten is wel rekening gehouden met een extra consult bij de (huis)arts en een begeleidingsgesprek door de apotheker.*

De leden van de CDA-fractie vragen of bekend is voor welk bedrag er in totaal aan kortingen aan zorgverzekeraars gegeven wordt via het zogenoemde couvertbeleid. Deze leden vragen voorts welke gevolgen het voor de berekening voor geneesmiddelenprijzen in referentielanden heeft als deze kortingen (openlijk) aan apothekers gegeven zou worden in plaats van via couvertbeleid. Is bekend welke consequenties dit vervolgens indirect ook weer voor de geneesmiddelenprijzen in Nederland zou hebben, aangezien die landen weer referentieland voor Nederland zijn? Is bekend of in andere landen, en dan specifiek de referentielanden, ook gebruik wordt gemaakt van couvertbeleid?

De afspraken die zorgverzekeraars met leveranciers maken via het zogenoemde couvertbeleid zijn onbekend. Ik kan daarom ook geen bedrag noemen dat in totaal aan kortingen gegeven wordt. Wanneer deze kortingen openbare verlagingen van de apotheekinkoopprijs zouden betreffen zou dit meteen gevolgen hebben voor de geneesmiddelprijzen in ons omringende landen, omdat de Nederlandse prijzen invloed op de prijzen van andere Europese landen die Nederland als referentieland gebruiken. Om die reden zal een fabrikant zijn openbare prijs niet snel willen verlagen. Het is mij niet bekend of onze referentielanden ook gebruik maken van (een vorm van) couvertbeleid.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het GVS in 1991 is ingesteld als instrument voor de beheersing van de uitgaven farmaceutische zorg, en dat het GVS in 1999 voor het laatst herijkt is. Deze leden vragen of de Minister redenen ziet om het GVS opnieuw te herijken. Deze leden vragen ook of de Minister in het algemeen kan aangeven wat de meerwaarde van het GVS is naast de Wgp (sinds 1996), het preferentiebeleid (sinds 2005) en het individuele preferentiebeleid (sinds 2008).

Het GVS is een maatregel daterend van voor het huidige zorgstelsel. Inmiddels speelt het inkoopbeleid van zorgverzekeraars een belangrijkere rol in de kostenbeheersing dan het GVS, wat betreft een groot gedeelte van de markt. In de lange termijnvisie Geneesmiddelen van 15 januari 2008 (29 477, nr. 39) heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat het denkbaar is om het GVS langzaam af te gaan bouwen. Desalniettemin kan vanuit het «clusteren in het GVS» (indelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen) van nieuwe geneesmiddelen, ongeacht herberekenen, wel een prijsdrukkend effect op de apotheekinkoopprijzen uitgaan.

De leden van de CDA-fractie lezen dat bij een zestal volmachten onrealistische verhoudingen zijn gevonden tussen het theoretisch maximale en het daadwerkelijke uitgekeerde bedrag. Hierbij kan het uitgekeerde bedrag in sommige gevallen 60 tot ruim 90 keer zo groot zijn dan in theorie

[4] Het tarief van een medisch specialist is niet exact bekend, omdat dit tarief is verwerkt in een DBC-zorgproduct. Daarom is gerekend met het standaard consultatief van de huisarts.

mogelijk. De leden van de CDA-fractie vragen wat hier de oorzaak van kan zijn. Deze leden vragen of, en zo ja hoe, deze signalen gebruikt worden om onderzoek te doen naar mogelijke fraude.

Deze signalen waren mij niet bekend. Het is echter de taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om signalementen van fraude in de zorg op te vangen en daarop te controleren. Ik zal deze signalen dan ook doorgeven aan de NZa.

Hoe groot acht de Minister de kans dat geneesmiddelenfabrikanten overgaan tot prijsverlaging bij eventuele herberekening van de vergoedingslimieten?

Gedragseffecten van fabrikanten zijn niet precies te voorspellen. Fabrikanten kunnen, om marktaandeel te behouden, de prijs verlagen (naar de GVS-vergoedingslimiet) waarmee bijbetalingen worden voorkomen. Prijsverlagingen in Nederland kunnen ook tot omzetverlies in andere landen leiden, omdat de Nederlandse prijzen voor die geneesmiddelen in buitenlandse referentieprijssystemen zijn opgenomen.

In hoeverre verhoudt een eventuele herberekening zich op dit moment tot de lange-termijnvisie over de geneesmiddelenvoorziening die de Minister voor het komend najaar heeft aangekondigd?

Ik werk nog aan de visie die ik u voor het najaar heb toegezegd.

Waarom is de NPCF niet uitgenodigd bij de discussiebijeenkomst van stakeholders? Deelt de Minister de mening dat cliënten wel degelijk stakeholder zijn bij discussies over het GVS en de gevolgen voor o.a. eigen betalingen voor geneesmiddelen?

Het uitnodigen van stakeholders voor de discussiebijeenkomst is onder verantwoordelijkheid van APE gebeurd. De bijeenkomst was primair georganiseerd om met stakeholders te bekijken of de berekeningen op de juiste manier zijn uitgevoerd. De overweging van APE is waarschijnlijk geweest dat de NPCF over het technische aspect van de berekeningen geen mening zou kunnen vormen. Op aanraden van VWS heeft de NPCF alsnog haar reactie gegeven op de proefberekeningen. De reactie van de NPCF gaat inhoudelijk in op de gevolgen van een eventuele proefberekening en is op pagina 70 en 71 van het rapport opgenomen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de proefberekeningen in het rapport leiden tot besparingen op het BKZ van € 172 miljoen tot € 692 miljoen. In «Zorgkeuzes in kaart» wordt bij beleidsoptie 066 (herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem) een besparing van € 250 miljoen ingeboekt. Kan de Minister aangeven wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de berekening van het CPB en Ape?

In het rapport van «Zorgkeuzes in kaart» wordt een besparing van € 250 miljoen genoemd. Hierbij is uitgegaan van de variant met geijkte limieten, het bedrag is inclusief btw, er is gerekend met transitiekosten en het overstappercentage waarmee gerekend is betreft 15%. Bij «Zorgkeuzes in kaart» is, om dit bedrag te berekenen, ook gebruikt gemaakt van de informatie uit het APE-rapport.

In het rapport van APE staan de bedragen van de variant met geijkte limieten bedragen op pagina 49. Deze bedragen zijn exclusief btw, er is hierbij niet gerekend met transitiekosten en het betreft overstappercentages van 0%-50%-80%-100%.

Bij het overstappercentage van 15% staat in het rapport van Zorgkeuzes in Kaart aangegeven dat dit een aanname betreft van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Zoals eerder aangegeven wil ik nader onderzoek laten doen naar de realistische switchpercentages.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister ook de mogelijkheid bekijkt tot selectieve herberekening, daar waar patiënten het minste last van zullen hebben. Zo ja, welke clusters zal het dan betreffen? Is er daarnaast een methode voor het GVS te ontwikkelen zodat er net als bij het preferentiebeleid bij een patiënt met een medische noodzaak geen bijbetaling geldt? Is het GVS zo aan te passen dat ook specifieke cliëntkenmerken, zoals bijvoorbeeld inhalatiekracht bij astma/COPD medicatie, worden meegewogen? Is het GVS zo aan te passen dat ook werkingsduur, toedienfrequentie, interacties, beschikbaarheid van specifieke doseringen en effectiviteit worden meegewogen? De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of inzichtelijk gemaakt kan worden wat de uitvoeringskosten van bovenstaande alternatieven zijn (selectieve herberekening, geen bijbetaling bij medische noodzaak en meewegen van specifieke cliëntkenmerken).

In het rapport van APE is geen rekening gehouden met een selectieve herberekening, omdat de motie daar niet om vroeg. Maar het zou een mogelijkheid kunnen zijn om een selectieve herberekening toe te passen. Hierbij zullen niet van alle clusters de GVS-vergoedingslimieten worden herberekend. Een belangrijke reden om de vergoedingslimieten op selectieve wijze te herberekenen zou zijn het voorkomen van het ontstaan van grote bijbetalingen die onwenselijk zijn. De vraag is of dat wel mogelijk is. Hierbij past namelijk de kanttekening dat een bijbetaling in beginsel afhankelijk is van het prijsgedrag van een fabrikant. Selectieve herberekening garandeert niet dat er geen bijbetalingen ontstaan. Ter voorkoming van strategisch prijsgedrag (met juist prijsverhogingen) zou geen maximering van bijbetalingen moeten worden gehanteerd. In de discussie in september 2010 met uw Kamer over (selectieve) herberekening van het GVS, bleek dat een meerderheid van uw Kamer vindt dat er wel een maximum aan bijbetalingen moet worden gesteld. Anders zouden vooral chronisch zieke patiënten de dupe worden van een herberekening van het GVS. Omdat selectieve herberekening niet garandeert dat er geen bijbetalingen ontstaan, en ook hier een stapeling van bijbetalingen bij chronische zieken niet uitgesloten is, zou dus in het geval van selectieve herberekening een maximering van bijbetalingen moeten worden overwogen. Het nadeel hiervan is, dat de mogelijke opbrengsten sterk terug lopen. In de brief van mijn ambstvoorganger van 6 september 2010 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 164) is dat effect uitgebreid toegelicht.
Ik zal laten onderzoeken welke clusters in aanmerking zouden kunnen komen voor selectieve herberekening en wat de gevolgen daarvan zijn. Een kanttekening hierbij is wel dat selectief herberekenen vraagt om een hele scherpe afbakening over wat er wel en niet herberekend moet worden, die ook juridisch stand houdt.

Een antwoord op de vraag of specifieke cliëntkenmerken meegewogen kunnen worden in het GVS hangt ook samen met de uitkomsten van het onderzoek naar selectieve herberekening. Ik kan daar niet op vooruitlopen en kan om diezelfde reden op dit moment ook geen overzicht geven van de uitvoeringskosten van de alternatieven die u noemt.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat herberekening van het GVS tot meer bijbetalingen leidt. Zolang bijbetaling vermijdbaar is omdat er geswitcht kan worden naar een alternatief is een herberekening te rechtvaardigen, aldus deze leden. In hoeverre strookt het switchen met de richtlijnen van de beroepsgroep? Kan de Minister dit toelichten?

Switchen van geneesmiddel kan in veel gevallen alleen indien het dezelfde stofnaam betreft of wanneer dit onder toezicht en monitoring van een arts plaatsvindt.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel patiënten niet kunnen switchen en bij welke ziektebeelden dit het meest zal voorkomen. Ook moet bij meervoudig gebruik van geneesmiddelen de stapeling aan bijbetalingen meegenomen worden bij patiënten die niet kunnen switchen. Zij zijn van mening dat de huidige proefberekeningen hier te weinig inzicht in geven, en vinden nader onderzoek noodzakelijk. Is de Minister het met deze leden eens en is zij tot nader onderzoek bereid?

Ik kan niet exact aangeven hoeveel patiënten vanwege medische noodzaak niet kunnen switchen. Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat switchen bij de ziektebeelden «acute afstotingsreactie van nier- en harttransplantaten», partiële epilepsie, neuropatische pijnen en bij acute psychosen in ieder geval complexer is. Ik ben tot nader onderzoek bereid. In dit onderzoek zal bekeken worden welke patiëntengroepen niet kunnen switchen en hoe de hoogte van de mogelijke bijbetaling eruit ziet voor deze patiëntengroepen.

De leden van de PVV-fractie willen voorkomen dat bepaalde patiëntengroepen gaan opdraaien voor de verwachte besparing van de herberekening van het GVS. Patiënten voor wie switchen geen optie is zouden voor de bijbetaling moeten worden gecompenseerd. Is de Minister hiertoe bereid? Hoe valt de totale besparing in dat geval uit?

Indien een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten door de leden van de Tweede Kamer aan mij wordt verzocht dan is het ook aan de leden van de Tweede Kamer om randvoorwaarden, zoals het uitzonderen van bepaalde patiëntengroepen en/of het instellen van bijvoorbeeld een maximeringsregeling, op te stellen bij de herberekening van het GVS. Ik heb niet onderzocht wat de gevolgen van een maximeringsregeling op een eventuele besparing zijn. In 2010 is dit wel onderzocht. De berekening toen liet zien dat er met een maximeringsregeling scenario's waren waarin herberekenen zelfs een negatieve opbrengst tot gevolg had, vanwege de hoge uitvoeringskosten.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe realistisch de proefberekeningen eigenlijk zijn, aangezien er geen rekening is gehouden met marktdynamiek, introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en ook de uitvoeringskosten niet zijn meegenomen. Kan de Minister op elk van deze aspecten ingaan?

Ik heb de motie van de heer Kuzu uitgevoerd. De motie van de heer Kuzu geeft niet aan dat er met de proefberekeningen rekening moest worden gehouden met marktdynamiek, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en de uitvoeringskosten. Ik kan daarom geen exacte uitspraak doen of de proefberekeningen realistisch zijn. De uitvoeringskosten bedragen in het eerste jaar circa € 90 mln ten aanzien van de varianten Geijkte limieten en '99 (Ceteris paribus). De uitvoeringskosten van de variant Lage limieten zijn circa € 150 mln (Ceteris paribus)

in het eerste jaar. Ten aanzien van de berekening van de uitvoeringskosten moet aangetekend worden dat dit schattingen zijn.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen allereerst of de Minister kan toelichten waarom de huidige vergoedingslimieten nog steeds zijn gebaseerd op de apotheekinkoopprijzen uit 1998. Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag, en waarom is het tussentijds nooit aangepast? Ziet de Minister nu (op basis van het rapport) wel reden om het aan te passen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op basis van welke onderzoeksresultaten?

In het verleden zijn de aanpassingen aan het GVS altijd ingegeven vanuit kostenbeheersing. Na de herberekening in 1999 is er geen aanleiding meer geweest om de GVS-vergoedingslimieten te herberekenen. De Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) is in 1996 geïntroduceerd en de Zorgverzekeringswet is in 2006 ingevoerd. De Zorgverzekeringswet zorgt ondermeer voor een sterke(re) rol van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben door hun inkoopbeleid mede de uitgaven aan geneesmiddelen gedrukt. Tot de dag van vandaag zijn voornoemde instrumenten van kracht. De Wgp-maximumprijs ligt veelal lager dan de GVS limiet. De GVS-vergoedingslimieten zijn in die gevallen ingehaald door de Wgp-maximumprijzen. Zoals ik eerder aan de leden van de Tweede Kamer heb aangegeven, ben ik van mening dat het systeem in zijn huidige vorm behoorlijk goed functioneert. Door een samenhangend geheel van maatregelen, onder andere door het mogelijk maken van preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de invoering van vrij onderhandelbare tarieven apotheekhoudenden, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de werking van de Wgp, zijn de zorguitgaven beduidend lager dan geraamd en beheersbaar.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister toe te lichten in hoeverre patiënten gemakkelijk binnen een cluster van geneesmiddelen kunnen switchen, gezien het feit dat de clusters weliswaar bestaan uit geneesmiddelen die therapeutisch vergelijkbaar zijn, maar de geneesmiddelen in cluster wel verschillende werkzame stoffen (kunnen) hebben. Zo zijn er verschillende berekeningen uitgevoerd, waarbij 100%, 80% of 50% van de voorschriften die nu niet voor het goedkoopste middel in een cluster zijn naar het goedkoopste middel switchen. Welk percentage acht de Minister realistisch?

Het is mij niet bekend welk percentage realistisch is. Gezien het aantal vragen hierover en omdat antwoord op deze vraag van belang is voor het bepalen hoe verder te gaan met het GVS, zal ik een onderzoek uitzetten naar switchpercentages en naar de realiteit daarvan.

Deze leden vragen de Minister of bekend is welke kosten er gepaard zouden gaan met de invoering van een systeemwijziging.

De uitvoeringskosten bedragen in het eerste jaar circa € 90 mln ten aanzien van de varianten Geijkte limieten en ’99 (Ceteris paribus). De uitvoeringskosten van de variant Lage limieten zijn circa € 150 mln (Ceteris paribus) in het eerste jaar. Ten aanzien van de berekening van de uitvoeringskosten moet aangetekend worden dat dit schattingen zijn.

Deze leden vragen voorts of de Minister kan toelichten welke van de in het rapport besproken varianten (variant A, B of C) de minst negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

Dit betreft Variant A Geijkte limieten. Met de varianten '99 en Lage limieten zullen meer patiënten moeten bijbetalen of switchen. Ten aanzien van de variant Lage limieten heeft de patiënt, wanneer deze gaat switchen om financiële redenen, geen keus meer in geneesmiddel. Er is immers maar één geneesmiddel met de laagste dagprijs, waarop de GVS-vergoedingslimiet is gebaseerd.

Deze leden vragen hoe groot de Minister de kans acht dat geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen zullen verlagen als gevolg van de aanpassing van het GVS?

Prijsverlagingen in Nederland kunnen leiden tot omzetverlies in andere landen, omdat de Nederlandse prijzen voor die geneesmiddelen in buitenlandse referentieprijssystemen (external price reference systems) zijn opgenomen. Fabrikanten zullen dan ook naar verwachting niet al hun prijzen kunnen verlagen tot aan het niveau van de nieuwe GVS-vergoedingslimieten.

Welke variant kan dit het beste bevorderen?

Daar kan op basis van de proefberekeningen geen uitspraak over worden gedaan.

Ziet de Minister hiertoe ook andere mogelijkheden dan aanpassing van het GVS?

Het geneesmiddelenbeleid gaat uit van een eenduidige en consistente visie, in lijn met de uitgangspunten en verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgstelsel. Door een samenhangend geheel van maatregelen, onder andere door het mogelijk maken van preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de invoering van vrij onderhandelbare tarieven apotheekhoudenden, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen, zijn de geneesmiddelenuitgaven beduidend lager dan geraamd. Het geneesmiddelenbeleid werpt zijn vruchten af. Het Ministerie verricht tevens sinds 2012 pilots met financiële arrangementen voor effectieve, maar dure geneesmiddelen. Deze pilots houden in dat het Ministerie in uitzonderlijke gevallen met de leverancier van geneesmiddelen onderhandelt over de prijs. Het doel van de arrangementen is om daarmee de macro-budgettaire impact van dure geneesmiddelen te verlagen en zo een betaalbare opname in het basispakket mogelijk te maken. Ik ben momenteel bezig met het opstellen van een visie op geneesmiddelenbeleid. U zult dat in het najaar ontvangen

Ook willen deze leden weten of ook de mogelijkheid bestaat om alleen de prijs voor selectieve clusters aan te passen, maar niet voor alle clusters. Dit met het oog op het feit dat financiële gevolgen voor patiënten in sommige clusters groter zijn dan voor patiënten in andere clusters en in sommige clusters de medicijnen zeer nauw luisteren (bijvoorbeeld bij epilepsie), waardoor switchen naar een ander (goedkoper) medicijn niet mogelijk is. Welke clusters zouden hier dan volgens de Minister voor in aanmerking komen?

Theoretisch bestaat de mogelijkheid om selectief her te berekenen. Relevant daarvoor is het bepalen van criteria die objectief vaststellen welke clusters wel en welke niet in aanmerking komen voor herberekening. Die criteria moeten vervolgens juridisch houdbaar zijn. Op dit moment weet ik niet welke clusters hiervoor in aanmerking komen. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig. Omdat de uitkomst hiervan bepalend kan zijn voor de toekomst van het GVS, ben ik bereid hier nader onderzoek naar te laten verrichten.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie of de Minister kan uiteenzetten hoe een mogelijke herberekening van het GVS zich verhoudt tot de tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid (25 maart 2015) aangekondigde lange-termijnvisie?

Ik werk nog aan de visie die ik u voor het najaar heb toegezegd.